

ОПИСАНИЕ ИЗОБРЕТЕНИЯ К ПАТЕНТУ

(12)

РЕСПУБЛИКА БЕЛАРУСЬ



НАЦИОНАЛЬНЫЙ ЦЕНТР
ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ
СОБСТВЕННОСТИ

(19) ВУ (11) 21986

(13) С1

(46) 2018.06.30

(51) МПК

A 61B 17/42 (2006.01)

(54)

СПОСОБ ВНЕБРЮШИННОЙ ВЛАГАЛИЩНОЙ КОЛЬПОЦЕРВИКОПЕКСИИ

(21) Номер заявки: а 20150405

(22) 2015.08.03

(43) 2017.04.30

(71) Заявители: Нечипоренко Александр Николаевич; Войтехович Александр Иванович; Нечипоренко Николай Александрович (ВУ)

(72) Авторы: Нечипоренко Александр Николаевич; Войтехович Александр Иванович; Нечипоренко Николай Александрович (ВУ)

(73) Патентообладатели: Нечипоренко Александр Николаевич; Войтехович Александр Иванович; Нечипоренко Николай Александрович (ВУ)

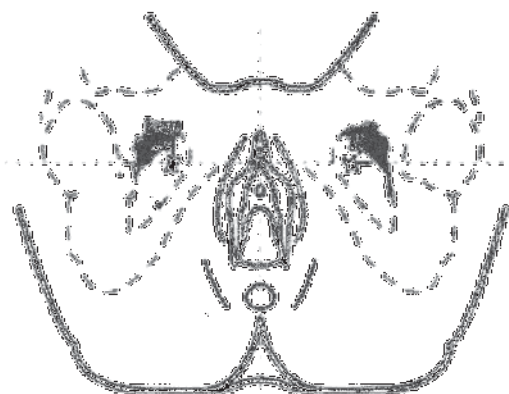
(56) Перинеология. - М.: Медицинское информационное агентство, 2006. - С. 151-162.

ЩКАРУПА Д.Д. Хирургическая реконструкция тазового дна у женщин при недержании мочи и пролапсе тазовых органов: Автор. дис. - Санкт-Петербург, 2014. - С. 26-31.

RU 2476176 C2, 2013.

(57)

Способ внебрюшинной влагалищной кольпоцервикопексии, при котором положение шейки матки или купола культы влагалища устанавливают на уровне подвздошных остей с помощью двух синтетических сетчатых лент, при этом одну ленту фиксируют швами к передней поверхности шейки матки или купола культы влагалища, концы ленты проводят через проксимальные концы сухожильных дуг тазовой фасции у подвздошных остей и выводят на промежность через запирательные отверстия, а вторую ленту фиксируют швами к задней поверхности шейки матки или купола культы влагалища, концы ленты проводят через крестцово-остистые связки и выводят на кожу в параанальных областях.



Фиг. 1

Изобретение относится к области медицины, а именно к хирургии, и может использоваться при лечении опущения или выпадения матки или купола культи влагалища при сохраненных лобково-шеечной и прямокишечно-влагалищной фасциях.

Наиболее близким к заявляемому является способ внебрюшинной влагалищной кольпоцервикопексии синтетическими протезами системы Gynecare Prolift anterior et posterior [1].

Недостатками этого способа являются:

- 1) большая площадь переднего и заднего протезов, что требует обширной диссекции тканей стенок влагалища для создания вместилища для протезов;
- 2) опасность развития имплантассоциированных осложнений в виде эрозий влагалища и сморщивания протезов в различные сроки после операции;
- 3) высокая стоимость протезов системы Gynecare Prolift anterior et posterior.

Задача изобретения - разработка операции, позволяющей уменьшить травматичность, количество и тяжесть осложнений при одновременном уменьшении стоимости материалов для выполнения операции.

Поставленная задача решается путем разработки способа внебрюшинной влагалищной кольпоцервикопексии, включающего применение синтетических протезов и отличающегося тем, что положение шейки матки или купола культи влагалища фиксируют на уровне подвздошных остей с помощью двух сетчатых лент, фиксированных швами к передней и задней поверхности шейки матки или к куполу культи влагалища, при этом концы передней ленты проводят через проксимальные концы сухожильных дуг тазовой фасции у подвздошных остей и выводят на промежность через запирательные отверстия, а концы задней ленты проводят через крестцово-остистые связки и выводят на кожу в параанальных областях.

Способ осуществляют следующим образом. Осуществляют переднюю продольную кольпотомию через все слои длиной 3-4 см начиная от переднего свода влагалища. Затем производят диссекцию тканей передней стенки влагалища и выделяют через рану переднюю поверхность шейки матки или купол культи влагалища. Тупым путем (пальцем) формируют каналы в забрюшинном пространстве таза справа и слева от шейки матки или купола культи влагалища до четкого определения подвздошных остей и проксимальных концов сухожильных дуг тазовой фасции.

Изогнутый перфоратор с надетой на него трубкой-проводником вводят в разрез на промежности в точке, расположенной в проекции верхне-медиального угла запирательного отверстия (фиг. 1) так, чтобы инструмент вошел в полость малого таза через верхние медиальные углы запирательного отверстия. Затем под контролем пальца, установленного на подвздошной ости, перфоратор с трубкой-проводником проводят через проксимальный конец сухожильной дуги тазовой фасции у подвздошной ости и трубку-проводник выводят через кольпотомический разрез во влагалище (фиг. 2 и 3). Такую же процедуру выполняют и с противоположной стороны.

После этого выполняют заднюю продольную кольпотомию. Через задний кольпотомический разрез длиной 3-4 см, который начинают у заднего свода влагалища, обнажают заднюю поверхность шейки матки или купола культи влагалища и пальцем формируют канал в параректальном пространстве справа до четкого определения подвздошной ости и крестцово-остистой связки. Такая же процедура выполняется и слева.

Справа и слева от анального отверстия в точках на 3 см латеральнее и на 3 см ниже выполняют разрезы кожи длиной до 0,5 см (фиг. 4), через каждый из которых проводят изогнутый перфоратор с надетой на него трубкой-проводником в параанальное пространство. Систему перфоратор-трубка под контролем пальца проводят через крестцово-остистую связку у подвздошной ости (фиг. 5) и выводят трубку во влагалище через задний кольпотомический разрез (фиг. 6). Перфоратор удаляют.

Из полипропиленовой сетки ЭСФИЛ "бело-синий" вариант стандартный готовят 2 ленты длиной 20-25 см и шириной 15 мм.

Через передний кольпотомический разрез середину передней ленты фиксируют отдельными швами к передней поверхности шейки матки и концы ленты по передним трубкам-проводникам выводят на промежность через запираемые отверстия. Трубки-проводники удаляют.

Заднюю ленту фиксируют швами к задней поверхности шейки матки через задний кольпотомический разрез и концы ленты выводят по трубкам-проводникам наружу в параанальных областях. Трубки-проводники удаляют.

Легким потягиванием за выведенные концы обеих лент шейку матки или купол культи влагалища устанавливают на уровне подвздошных остей. Шейка матки или купол культи влагалища оказываются подвешенными на лентах на уровне подвздошных остей.

Раны во влагалище ушивают непрерывным швом. Влагалище тампонируют марлевым тампоном. Концы лент отсекают у кожи.

После операции рекомендован постельный режим 2-3 дня.

На фиг. 1 показаны точки на коже в проекции запираемых отверстий для введения системы перфоратор-трубка для передней ленты.

На фиг. 2 показана точка проведения перфоратора через сухожильную дугу тазовой фасции у подвздошной ости на правой боковой стенке малого таза.

На фиг. 3 изображено положение трубки-проводника, проведенной через дистальный конец сухожильной дуги тазовой фасции (правая сторона), где 1 - сухожильная дуга тазовой фасции; 2 - трубка-проводник; 3 - подвздошная ость; 4 - крестцово-остистая связка.

На фиг. 4. показаны точки разрезов кожи в параанальных областях для введения системы перфоратор-трубка для проведения задней ленты.

На фиг. 5. показано место перфорации системой перфоратор-трубка правой крестцово-остистой связки (схема), где 3 - сухожильная дуга тазовой фасции; 5 - крестцово-остистая связка; 6 - седалищная ость. На фиг. 6 изображена трубка-проводник, проведенная через крестцово-остистую связку и выведенная во влагалище через заднюю кольпотомическую рану (правая сторона) (схема) для проведения задней ленты.

Проведение синтетических сетчатых лент через мощные соединительнотканые структуры тазового дна (сухожильные дуги тазовой фасции и крестцово-остистые связки) позволяет надежно фиксировать положение матки или купола культи влагалища на уровне подвздошных остей.

Предлагаемый способ влагалищной внебрюшинной кольпоцервикопексии двумя синтетическими лентами по сравнению с известным способом кольпопексии протезами системы Gynecare Prolift anterior et posterior имеет ряд существенных преимуществ:

операция менее травматична, т.к. не требуется формирование вместилищ для переднего и заднего протезов;

меньшее количество и тяжесть осложнений, т.к. уменьшается масса имплантированных сетчатых материалов;

низкая стоимость материалов для выполнения операции;

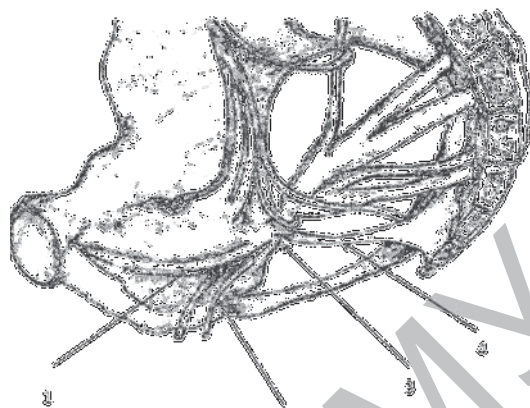
простое освоение техники операции.

Источники информации:

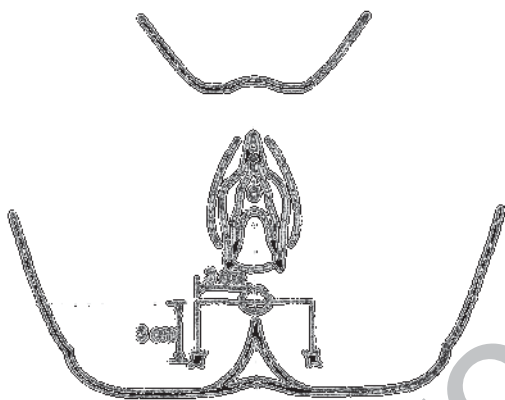
1. Радзинский В.Е. и др. Перинеология / Под общей ред. В.Е.Радзинского. - М., 2006. - С. 153-162.



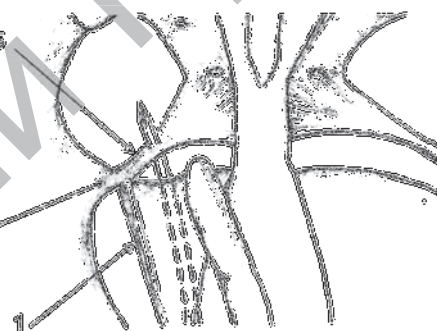
Фиг. 2



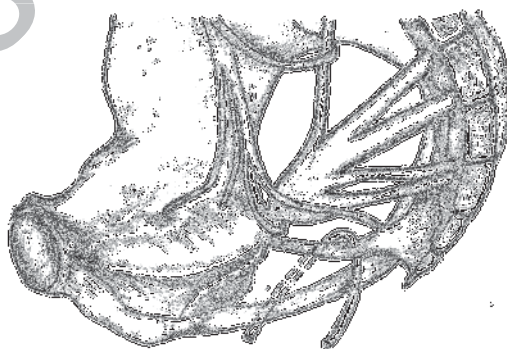
Фиг. 3



Фиг. 4



Фиг. 5



Фиг. 6