



ФЕДЕРАЛЬНАЯ СЛУЖБА
ПО ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ СОБСТВЕННОСТИ

(12) ОПИСАНИЕ ИЗОБРЕТЕНИЯ К ПАТЕНТУ

(21)(22) Заявка: 2013141981/14, 13.09.2013

(24) Дата начала отсчета срока действия патента:
13.09.2013

Приоритет(ы):

(22) Дата подачи заявки: 13.09.2013

(43) Дата публикации заявки: 27.01.2014 Бюл. № 3

(45) Опубликовано: 27.11.2014 Бюл. № 33

(56) Список документов, цитированных в отчете о поиске: RU 2235517 C1, 10.09.2004. US 7070556 B2, 04.07.2006. US 20090171143 A1, 02.07.2009 . US 20110112357 A1, 12.05.2011 . US 20100256442 A1, 07.10.2010 . Под ред. В.И. КУЛАКОВА. Гинекология - национальное руководство. М. 2009 . МЕСХИ А.Т. Акушерство и гинекология. 1987. N7 с.55-57 . ХИРШ Х. и др. Оперативная гинекология. - М.: ГОЭТАР-МЕД, 2001. МАКАРОВ (см. прод.)

Адрес для переписки:

117279, Москва, ул. Миклухо-Маклая, 32, корп. 1, кв. 20, Ахмедовой Д.М.

(72) Автор(ы):

Ищенко Анатолий Иванович (RU),
Ищенко Антон Анатольевич (RU),
Горбенко Оксана Юрьевна (RU),
Ахмедова Дженнет Мурадбердыевна (RU),
Чушков Юрий Васильевич (RU)

(73) Патентообладатель(и):

Ищенко Анатолий Иванович (RU)

(54) СПОСОБ КОРРЕКЦИИ ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ В СОЧЕТАНИИ С ЭЛОНГАЦИЕЙ ШЕЙКИ МАТКИ

(57) Реферат:

Изобретение относится к медицине, а именно к оперативной гинекологии. В модификации манчестерской операции перед пересечением кардинальных связок под слизистой влагалища с обеих сторон шейки матки тупым путем формируют каналы до obturatorной мембраны. После пересечения связок и ампутации шейки матки проводят трансobturatorную гистеросуспенсию. Трансobturatorно на уровне клитора к правой и левой бедренной складке проводят проводники с узким сетчатым имплантатом. Проводники извлекают. Имплантат фиксируют отдельными нерассасывающимися швами к сшитым культам кардинальных связок

и к шейке матки. Потягиванием за свободные концы сетки имплантата шейку матки фиксируют в малом тазу до компенсации пролапса гениталий и смежных тканей. Выступающие излишки имплантата удаляют. Восстанавливают слизистую передней стенки влагалища. Выполняют заднюю кольпоррафию с леваторопластикой по обычной методике. Способ обеспечивает надежное закрепление и физиологически правильную фиксацию шейки матки, низкую травматичность операции, снижает нагрузку на органы и ткани, значительно снижает риск осложнений и рецидивов заболевания. 5 з.п. ф-лы, 1 ил., 2 пр.

(56) (продолжение):

О.В. Оперативное лечение больных с опущением и выпадением матки и влагалища. Акушерство и гинекология. М. 2001 N3 с.59-61

R U 2 5 3 3 9 8 3 C 2

R U 2 5 3 3 9 8 3 C 2



FEDERAL SERVICE
FOR INTELLECTUAL PROPERTY

(12) **ABSTRACT OF INVENTION**(21)(22) Application: **2013141981/14, 13.09.2013**(24) Effective date for property rights:
13.09.2013

Priority:

(22) Date of filing: **13.09.2013**(43) Application published: **27.01.2014** Bull. № 3(45) Date of publication: **27.11.2014** Bull. № 33

Mail address:

**117279, Moskva, ul. Miklukho-Maklaja, 32, korp. 1,
kv. 20, Akhmedovoj D.M.**

(72) Inventor(s):

**Ishchenko Anatolij Ivanovich (RU),
Ishchenko Anton Anatol'evich (RU),
Gorbenko Oksana Jur'evna (RU),
Akhmedova Dzhennet Muradberdyevna (RU),
Chushkov Jurij Vasil'evich (RU)**

(73) Proprietor(s):

Ishchenko Anatolij Ivanovich (RU)(54) **METHOD FOR CORRECTION OF GENITAL PROLAPSE IN COMBINATION WITH CERVICAL ELONGATION**

(57) Abstract:

FIELD: medicine.

SUBSTANCE: canals reaching an obturator membrane are formed according to the modified Manchester operation preceding a transection of cardinal ligaments under the vaginal mucosa from both sides of the uterine cervix by a blunt technique. After the ligaments are transected, and the uterine cervix is excised, transobturator hysteropexy is performed. Guides with a narrow mesh implant are delivered in the transobturator direction at the level of the clitoris to the right and left femoral fold. The guides are removed. The implant is fixed with separate non-absorbable sutures to sutured stumps of the cardinal ligaments and to the uterine cervix. By drawing the free ends of the

implant mesh, the uterine cervix is fixed in the small pelvis to compensate the genital prolapsed and adjoining tissues. The projecting excesses of the implant are removed. A mucous membrane of the anterior vaginal wall is restored. That is followed by a posterior colporrhaphy with levatoplasty according to the common technique.

EFFECT: reliable fastening and physiologically correct fixation of the uterine cervix, low number of intraoperative injuries, reduced load of organs and tissues, considerably reduced risk of complications and recurrences of the disease.

6 cl, 1 dwg, 2 ex

Изобретение относится к медицине и может быть использовано в оперативной гинекологии для хирургического лечения пролапса гениталий у женщин (опущения и неполного выпадения внутренних половых органов) в сочетании с элонгацией шейки матки влагалищным доступом.

5 У большинства больных с опущением и неполным выпадением внутренних половых органов имеется несколько дефектов опорных структур, и все они должны быть устранены одномоментно. Операции по поводу пролапса гениталий во многих случаях выполняют влагалищным доступом.

Известен способ коррекции опущения и неполного выпадения внутренних половых
10 органов у женщин (Патент РФ на изобретение №2235517, приоритет от 21.06.2003 г., МПК А61В 17/42), включающий влагалищный доступ, разрез передней стенки влагалища и ее отсепаровку с обнажением боковых стенок шейки матки и кардинальных связок с обеих сторон, отличающийся тем, что формируют парауретральные каналы за лоном таким образом, чтобы угол между направлением канала и симфизом составлял 30-40°
15 с каждой стороны, через образованные каналы проводят лигатуры из нерассасывающегося материала, выводят и фиксируют середины лигатур над апоневрозом наружных косых мышц живота в надлобковой области с каждой стороны, оставляя свободными концы лигатур во влагалищной ране с обеих сторон, одним из свободных концов лигатур поочередно подшивают кардинальные связки со стороны
20 влагалищной раны, затем под визуальным контролем натягивают и связывают концы лигатур между собой, подвешивая матку за апоневроз, после чего восстанавливают переднюю стенку влагалища. Способ не предполагает ампутации шейки матки.

Недостатки аналога. Ввиду отсутствия развитой поверхности тонких лигатур и низкой способности фиксации в тканях, через которые они проходят, необходимо их
25 связывать и фиксировать за апоневрозом, это создает дополнительную нагрузку на органы. Кроме того, малая толщина нитей при их натяжении и при физических нагрузках пациентки может привести к концентрации местных нагрузок на ткани и ухудшить заживление раневой поверхности и даже возможен обратный рецидивный процесс.

Аналог не подразумевает пересечения кардинальных связок, а также не применяется,
30 если есть необходимость ампутации шейки матки.

В настоящее время существует ряд методик хирургического лечения пролапса гениталий в сочетании с элонгацией шейки матки. В клинической практике чаще всего применяются манчестерская операция и влагалищная экстирпация матки (<http://ginekol.com>). При этом применение той или иной операции определяется конкретными
35 показаниями к операции и текущим состоянием здоровья пациентки.

Одним из хорошо известных и зарекомендовавших себя способов хирургического лечения опущения и неполного выпадения внутренних половых органов в сочетании с элонгацией шейки матки является принятая в качестве прототипа Манчестерская операция (Оперативная гинекология Хирш Х.; Кезер О.; Икле Ф. 1999, с.258-261, Кулаков
40 В.И. и др. Руководство по оперативной гинекологии. М.: ООО «Медиц. информ. аг-во», 2006, раздел 10.2.7, стр.433).

Манчестерская операция показана женщинам перименопаузального периода, не планирующим в дальнейшем иметь детей. Она эффективна при опущении и неполном выпадении матки, особенно при наличии элонгации шейки и цистоцеле (<http://ginekol.com>).

45 Данная операция включает в себя сочетание передней кольпорафии, ампутации шейки матки, укрепления культи шейки матки кардинальными связками и кольпоперинелеваторопластики. Для коррекции пролапса гениталий в этом случае используют собственные ткани.

В деталях манчестерская операция имеет незначительно различающиеся варианты исполнения. Достаточно полный вариант изложен в источнике: «Гинекология - национальное руководство» / Под ред. В.И. Кулакова, Г.М. Савельевой, И.Б. Манухина. М., 2009 г.

5 Техника операции. Влагалище обнажают в зеркалах, шейку матки захватывают пулевыми щипцами и низводят. Делают круговой разрез на уровне влагалищных сводов после предварительного расширения канала шейки матки с использованием
10 расширителей Гегара до №11-12. Отступя 1,0-2,0 см от наружного отверстия уретры, производят преимущественно линейный разрез слизистой оболочки влагалища до
10 кругового разреза. Отсепаровывают мочевого пузырь, но не обязательно, до пузырно-влагалищной складки. Как только шейка матки достаточно освободится, выполняют клиновидную (или конусовидную) ампутацию шейки матки. Величина ампутированной части зависит от степени удлинения шейки матки.

Основание кардинальных связок пересекают вблизи шейки матки, перевязывают их
15 преимущественно рассасывающими лигатурами и подшивают к передней части шейки матки. Можно также не пересекать кардинальные связки, а, натягивая, подшивать их к передней стенке шейки матки. После ампутации шейки матки проводят зондирование цервикального канала и полости матки. Производят переднюю пластику, варианты
20 выполнения которой варьируют в зависимости от выраженности цистоцеле.

Завершением манчестерской операции является кольпоперинеорафия с
20 леваторопластикой. А именно, например, из задней стенки влагалища и кожи промежности выкраивают лоскут треугольной формы и отсепаровывают от подлежащих тканей острым путем. На мышцы, поднимающие анус, с помощью рассасывающихся
(викриловых) лигатур накладывают два или более отдельных шва, на поверхностные
25 мышцы промежности накладывают два или более отдельных таких же шва. Заднюю стенку влагалища зашивают отдельными рассасывающимися швами, кожу промежности зашивают отдельными рассасывающимися швами.

К недостаткам манчестерской операции следует отнести то, что прооперированные
30 ткани, пересеченные и смещенные кардинальные и другие связки, не могут нести в полной мере свою функцию поддержания матки в физиологическом положении, даже в случае натяжения этих связок или при других методах их закрепления на культе шейки матки.

В связи с этим впоследствии не происходит полной коррекции пролапса гениталий, шейка матки недостаточно смещается по направлению к крестцу, выводя матку в
35 положение физиологической антеверсии и вертикальной элевации, не устраняется нарушенный везико-уретральный угол и недостаточно или совсем не восстанавливается функция мочевого пузыря.

При этом в ряде случаев не наступает надежная профилактика рецидива пролапса гениталий, возможна репозиция матки, кольпоцистоцеле и энтероцеле, ректоцеле.

40 Согласно данным литературы после Манчестерской операции частота рецидивов генитального пролапса колеблется в широких пределах. По мнению некоторых исследователей «манчестерская операция» приводит к рецидивам в 8,9 -14% и более случаев. Например, в статье: <http://z-l.com.ua/ru/article/283> Методы лечения женщин с опущением и выпадением внутренних половых органов (со ссылкой на Месхи А.Т. //
45 Акушерство и гинекология. - 1987. - №7. - С.55-57) показано, что частота рецидивов после пластических операций по поводу опущения и выпадения внутренних половых органов, в частности после манчестерской операции, составляет 22%.

Задача. Заявленный способ коррекции пролапса гениталий у женщин в сочетании с

элонгацией шейки матки обеспечивает оптимальную коррекцию, надежное закрепление и физиологически правильную фиксацию шейки матки и смежных тканей пациентки, обеспечивает низкую травматичность операции, снижает нагрузку на указанные органы и ткани, значительно снижает риск осложнений и рецидивов заболевания, а в результате, в дальнейшем улучшает качество жизни женщин.

Технический результат. В результате применения изобретения при проведении операции коррекции пролапса гениталий в сочетании с элонгацией шейки матки обеспечивается следующий результат.

Более надежная, чем в аналогах, фиксация и правильное физиологическое положение шейки матки и смежных тканей и органов.

Это происходит за счет использования ранее не применявшегося в таких операциях, сетчатого (слингового) имплантата в виде узкой сетки в форме ленты,

выбора и формирования при этом оптимальных анатомических структур для его фиксации,

потягивания имплантата за свободные концы под визуальным и/или пальпаторным контролем для достижения оптимального физиологического положения матки и смежных тканей.

При этом за счет передачи большей части нагрузки на сетчатый имплантат в послеоперационном периоде снижается нагрузка на указанные органы и ткани.

Это способствует снижению риска возникновения рецидива заболевания - повторного опущения половых органов и сопровождающих его осложнений.

Как и вся операция, установка сетчатого имплантата выполняется влагалищным доступом, что позволяет сохранить целостность передней брюшной стенки, уменьшить травматичность операции, улучшить заживление раневых поверхностей.

Специфическая поверхность имплантата обеспечивает достаточную его фиксацию в тканях организма, что позволяет в ряде случаев не беспокоиться о закреплении свободных концов имплантата и, в итоге, позволяет упростить этот этап операции, более равномерно распределить нагрузку на ткани, снизить травматичность операции.

При наблюдении в послеоперационном периоде пациентке рекомендованы лечебно-охранительный режим и дозируемая физическая нагрузка, которые также способствуют уменьшению возможности наступления рецидивов заболевания.

Таким образом, предлагаемый способ обладает низкой травматичностью и высокой надежностью при сохранении высокой эффективности оперативного лечения, что позволяет улучшить качество жизни женщин и в дальнейшем существенно снизить риск возникновения рецидивов заболевания.

Эффективность использования существующих mesh-технологий в практике операций коррекции пролапса гениталий у женщин проиллюстрирована ниже.

Если рассматривать все виды в совокупности операций по имплантации «влагалищных сеток» в США, то показателем достигнутого технического результата использования указанных имплантатов являются, например, такие данные (см. 7/2012, FDA - U.S. Food and Drug Administration, с комментариями): «С 2008 по 2010 гг. в США было выполнено 225 тыс. операций по имплантации «влагалищных сеток», а официально зарегистрированных осложнений (связанных с mesh-технологией) было лишь 1503 случая, что составляет всего 0,67%». В документе отмечено, что в данной статистике не учитывались осложнения, которые являлись «хирург-ассоциированными», так как их причиной был весьма невысокий уровень компетентности конкретных исполнителей.

Статистика подобных операций в России также показывает высокую эффективность применения mesh-технологий при хирургическом лечении пролапса гениталий

влагалищным доступом (см., например, Салимова Л.Я. Автореф. диссертации: «Хирургическое лечение пролапса гениталий влагалищным доступом». М., 2012 г.). «Было обследовано 470 женщин, которым выполнена хирургическая коррекция пролапса гениталий с и без использования сетчатых технологий трансвагинальным доступом.

5 Из них, у 220 женщин (47%) использованы бессетчатые реконструктивно-пластические операции, а у 250 (53%) коррекция пролапса гениталий выполнена с использованием сетчатых имплантатов... В качестве сетчатого имплантата использованы системы для реконструкции тазового дна: Пелвикс® (Линтекс, Россия) и Prolift® (США): 45% - переднего отдела, 8% - заднего отдела и в 47% - переднего и заднего отделов.

10 ...В нашем исследовании количество рецидивов выявлено у 62 женщин (28%) в группе бессетчатых технологий (в основном за счет переднего отдела) и у 20 женщин (в 8%) - при использовании сетчатых технологий (также, в основном, в переднем отделе). Разница очевидна, сетчатые технологии дают в 3,5 раза меньше осложнений».

В соответствии с предлагаемым способом коррекции пролапса гениталий в сочетании с элонгацией шейки матки, а именно модификацией манчестерской операции, осуществляют влагалищный доступ, в асептических условиях шейку матки фиксируют пулевыми щипцами и низводят, расширяют цервикальный канал шейки матки расширителями Гегара, от №6 до 10 или большими номерами,

20 измеряют длину цервикального канала до внутреннего зева маточным зондом, делают разрез на уровне влагалищных сводов слизистой передней стенки влагалища на 1,5-2,0 см ниже уретры, в частности из слизистой выкраивают лоскут овальной формы и отсепааровывают от подлежащих тканей, мобилизуют края разреза, мочевого пузырь отсепааровывают от шейки матки и слизистой влагалища, разрез продолжают циркулярно на шейку матки, накладывают зажимы на кардинальные связки и пересекают их, в процессе операции для перевязки, поддержки, подвешивания и/или сшивания тканей организма используют, в том числе, нерассасывающиеся связывающие и поддерживающие элементы,

30 пересеченные кардинальные связки с каждой из сторон от матки прошивают и перевязывают рассасывающимися лигатурами, производят конусовидную ампутацию шейки матки, величина ампутированной части зависит от степени удлинения шейки матки, культю кардинальных связок подшивают к передней части шейки матки, шейку матки формируют двумя рассасывающимися швами по Штурмдорфу, на боковые отделы шейки матки накладывают отдельные рассасывающиеся швы, проходимость цервикального канала проверяют маточным зондом, в качестве завершающего этапа операции, в соответствии с состоянием тканей пациентки, слизистую передней стенки влагалища восстанавливают отдельными рассасывающимися швами и/или выполняют заднюю кольпоррафию с леваторопластикой по обычной методике.

Согласно изобретению в отличие от аналогов на этапе операции перед наложением зажимов на кардинальные связки и их пересечением под слизистой влагалища с обеих сторон шейки матки тупым путем формируют каналы до 45 обтураторной мембраны, а после пересечения кардинальных связок и ампутации шейки матки проводят трансобтураторную гистеросуспензию, заключающуюся в том, что трансобтураторно на уровне клитора к правой и левой бедренной складке

проводят проводники с имплантатом в форме узкой сетчатой ленты, выводя их с лентой через разрезы наружу,

проводники извлекают, среднюю часть сетчатого имплантата фиксируют отдельными не рассасывающимися швами к сшитым культиям кардинальных связок и к шейке матки,

5 путем потягивания за выступающие из разрезов бедренных складок свободные концы сетки имплантата шейку матки фиксируют в малом тазу под визуальным и/или пальпоторным контролем до компенсации пролапса гениталий и смежных тканей, выступающие из разрезов излишки имплантата удаляют, после этого осуществляют завершающий этап операции.

10 В частности, отсепаровывание тканей от подлежащих тканей осуществляют острым или тупым путем.

В частности, отсепаровывание тканей от подлежащих тканей осуществляют частично острым и частично тупым путем, по месту в соответствии с состоянием тканей.

В частности, в качестве рассасывающихся лигатур используют викриловые лигатуры.

15 В частности, сетчатый имплантат выполнен виде проленовой сетчатой ленты или в виде сетчатого продукта системы TVT-O (предпочтительно размером 1,1×45 см), Monarc (предпочтительно размером 1,1×35 см) или урослинг (предпочтительно размером 1,1×30 см).

В частности, в послеоперационный период рекомендуют и/или производят наблюдение 20 за соблюдением лечебно-охранительного режима пациентки и за дозированием физической нагрузки, рекомендованная длительность периода наблюдения равна 2 годам.

На чертеже показано расположение имплантата и оперированной шейки матки, вид со стороны влагалища.

25 Для удобства обозрения на фигуре не показаны мягкие ткани и органы, смежные с маткой. Контуры тела, влагалища и ампутированной части шейки матки пациентки показаны пунктиром.

На фигуре обозначено: 1 - тело матки, 2 - культя шейки матки, 3 - ампутированная часть шейки матки, 4 - культя кардинальных связок, 5 - средняя часть имплантата, 30 пришитая к культиям связок и к шейке матки, 6 - вывод ленты имплантата через разрез в бедренных складках, 7 - тазовая кость, 8 - obturatorная (запирательная) мембрана, 9 - бедренная кость.

Выполнение способа раскрыто в двух клинических примерах.

Клинический пример 1

35 Пациентка К., 55 лет, обратилась в отделение с жалобами на ощущение инородного тела в области промежности. Указанные жалобы отмечает в течение последних двух лет. Травм и операций не было.

При влагалищном исследовании: наружные половые органы развиты правильно.

При натуживании отмечается опущение передней стенки влагалища. Шейка матки 40 элонгирована, длиной до 5 см, не эрозирована, цилиндрической формы, не деформирована, при натуживании выходит за пределы introitus vaginae. Тело матки отклонено кпереди, не увеличено, подвижное, безболезненное при пальпации и смещении. Придатки с обеих сторон не пальпируются, область их безболезненна.

Дополнительное обследование: клинико-лабораторные данные в пределах нормы.

45 Ультразвуковое исследование малого таза: тело матки не увеличено, шейка матки элонгирована, длиной до 5 см. Придатки с обеих сторон без особенностей.

Диагноз: Несостоятельность мышц тазового дна. Опущение стенок влагалища с формированием цистоцеле. Элонгация шейки матки.

Произведена операция заявленным способом, включающая в себя трансобтураторную гистеросуспезию с помощью сетчатого имплантата TVT-О шириной 15 мм.

Ход операции. Осуществляют влагалищный доступ. В асептических условиях шейку матки (1) фиксируют пулевыми щипцами и низводят. Цервикальный канал шейки
 5 расширяют расширителями Гегара до №7. Длина цервикального канала, измеренная маточным зондом, до внутреннего зева равна 5 см. На слизистой передней стенки влагалища делают разрез на 2 см ниже уретры, из нее выкраивают лоскут овальной формы и отсепааровывают от подлежащих тканей острым путем, мобилизуют края
 10 разреза. Мочевой пузырь отсепааровывают от шейки матки и слизистой влагалища частично тупым, частично острым путем. Разрез продолжают циркулярно на шейку матки. По наложении зажимов на кардинальные связки последние пересекают, прошивают и перевязывают викриловыми лигатурами с левой и правой сторон. Не
 15 доходя 1,5 см до уровня внутреннего зева производят конусовидную ампутацию шейки матки (1). Культи кардинальных связок (4) фиксируют и подшивают к передней части шейки (2) матки отдельными викриловыми швами. Шейку (2) матки формируют двумя викриловыми лигатурами по Штурмдорфу, дополнительно на шейку (2) матки накладывают отдельные викриловые швы. Под слизистой влагалища формируют каналы до обтураторной мембраны (8) с левой и правой сторон. Проводят
 20 трансобтураторную гистеросуспезию. Трансобтураторно на уровне клитора в левой и правой бедренной складке через разрезы выводят проводники с сетчатым имплантатом (6), середину которого (5) фиксируют отдельными нерассасывающимися швами «этибонд» к сшитым культям кардинальных связок (4) и к шейке (2) матки. Под визуальным и пальпоторным контролем путем потягивания за концы сетки (6) шейку (2) матки фиксируют в малом тазу до компенсации пролапса гениталий и смежных
 25 тканей. Излишки имплантата удаляют. Слизистую передней стенки влагалища восстанавливают путем наложения отдельных викриловых швов. Далее выполняют заднюю кольпоррафию с леваторопластикой по обычной методике. Кровопотеря составила 100 мл.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Пациентка выписана домой
 30 на 7-е сутки после операции. Пациентке рекомендовано наблюдение за соблюдением лечебно-охранительного режима и за дозированием физической нагрузки. Заживление швов на стенках влагалища и промежности происходило первичным натяжением.

Осмотрена спустя 1 и 6 месяцев после операции. При каждом посещении проводилось влагалищное исследование, ультразвуковое исследование.

35 1-й осмотр (через 1 месяц). Пациентка не предъявляет жалоб. Проводилось влагалищное и ультразвуковое исследование: наружные половые органы без особенностей, при кашлевой пробе и натуживании опущения стенок влагалища не наблюдается. Рубцы на стенках влагалища и промежности без особенностей. Шейка матки укорочена, не деформирована, наружный зев сформирован правильно. Тело
 40 матки отклонено кпереди, не увеличено, подвижное, безболезненное при пальпации. Придатки с обеих сторон не пальпируются, области их безболезненны. Пальпация парауретральных областей - болей не наблюдается. Ультразвуковое исследование малого таза без особенностей.

2-й осмотр (через 6 месяцев). Женщина не предъявляет жалоб. Влагалищное
 45 исследование: при кашлевой пробе и натуживании опущения стенок влагалища не наблюдается. Пальпация парауретральных областей безболезненна. Ультразвуковое исследование малого таза и промежности без особенностей.

Наблюдение за состоянием здоровья пациентки продолжается. Рекомендованный

период наблюдения пациентки составляет два года с плановыми осмотрами по прошествии 1-го, 6-ти месяцев, 1-го года и 2-х лет.

Клинический пример 2

Пациентка К., 74 лет, обратилась в отделение с жалобами на ощущение инородного тела в области промежности. Указанные жалобы отмечает в течение последнего года. Травм и операций не было.

При влагалищном исследовании: наружные половые органы развиты правильно. Половая щель зияет, ножки m. Levator ani отстоят друг от друга. При натуживании имеется опущение передней и задней стенок влагалища. Шейка матки элонгирована, длиной до 4,5 см, не эрозирована, цилиндрической формы, не деформирована, при натуживании выступает за пределы introitus vagine. Тело матки отклонено кпереди, не увеличено, подвижное, безболезненное при пальпации и смещении. Придатки с обеих сторон не пальпируются, область их безболезненна.

Дополнительное обследование: клинико-лабораторные данные в пределах нормы. Ультразвуковое исследование малого таза: тело матки не увеличено, шейка матки элонгирована, длиной до 4,5 см. Придатки с обеих сторон без особенностей.

Диагноз: Несостоятельность мышц тазового дна. Опущение стенок влагалища с формированием цисто- и ректоцеле. Элонгация шейки матки.

Произведена операция заявленным способом, включающая в себя трансобтураторную гистеросуспезию с помощью сетчатого имплантата TVT-O шириной 15 мм.

Ход операции. Осуществляют влагалищный доступ. В асептических условиях шейку матки (1) фиксируют пулевыми щипцами и низводят. Цервикальный канал шейки расширяют расширителями Гегара до №6. Длина цервикального канала, измеренная маточным зондом, до внутреннего зева равна 4,5 см. На слизистой передней стенки влагалища делают разрез на 2,0 см ниже уретры, из нее выкраивают лоскут овальной формы и отсепааровывают от подлежащих тканей острым путем, мобилизуют края разреза. Мочевой пузырь отсепааровывают от шейки матки и слизистой влагалища частично тупым, частично острым путем. Разрез продолжают циркулярно на шейку матки. При наложении зажимов на кардинальные связки последние пересекают, прошивают и перевязывают викриловыми лигатурами с обеих сторон. Не доходя 1 см до уровня внутреннего зева производят конусовидную ампутацию шейки (2) матки (1). Культи кардинальных связок фиксируют и подшивают к передней части шейки матки отдельными викриловыми швами. Шейку (2) матки формируют двумя викриловыми лигатурами по Штурмдорфу, дополнительно на шейку (2) матки накладывают отдельные викриловые швы. Под слизистой влагалища формируют каналы до обтураторной мембраны (8) с левой и правой сторон. Проводят трансобтураторную гистеросуспезию. Трансобтураторно на уровне клитора в левой и правой бедренной складке через разрезы выводят проводники с сетчатым имплантатом (6), середину которого (5) фиксируют отдельными нерассасывающимися швами «этибонд» к сшитым кулям кардинальных связок (4) и к шейке (2) матки. Под визуальным и пальпаторным контролем путем потягивания за концы сетки (6) шейку (2) матки фиксируют в малом тазу до компенсации пролапса гениталий и смежных тканей. Излишки имплантата удаляют. Слизистую передней стенки влагалища восстанавливают путем наложения отдельных викриловых швов. Далее выполняют заднюю кольпоррафию с леваторопластикой по обычной методике. Кровопотеря - 70 мл.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Выписана домой на 7-е сутки после операции. Пациентке рекомендовано наблюдение за соблюдением лечебно-охранительного режима и за дозированием физической нагрузки. Заживление швов на

стенках влагалища и промежности происходило первичным натяжением.

Осмотрена спустя 1 и 6 месяцев после операции. При каждом посещении проводилось влагалищное исследование, ультразвуковое исследование малого таза.

1 осмотр (через 1 месяц). Пациентка не предъявляет жалоб. При влагалищном исследовании: наружные половые органы без особенностей, при кашлевой пробе и натуживании опущения стенок влагалища не наблюдается. Рубцы на стенках влагалища и промежности без особенностей. Шейка матки укорочена, не деформирована, наружный зев сформирован хорошо. Тело матки отклонено кпереди, не увеличено, подвижное, безболезненное при пальпации. Придатки с обеих сторон не пальпируются, области их безболезненны. При пальпации парауретральных областей болей не наблюдается. Ультразвуковое исследование малого таза и промежности без особенностей.

2 осмотр (через 6 месяцев). Жалоб не предъявляет. Влагалищное исследование: при кашлевой пробе и натуживании опущения стенок влагалища не наблюдается. Пальпация парауретральных областей безболезненна.

Ультразвуковое исследование малого таза без особенностей. Период наблюдения пациентки составил 6 месяцев.

Наблюдение за состоянием здоровья пациентки продолжается. Рекомендованный период наблюдения пациентки составляет два года с плановыми осмотрами по прошествии 1-го, 6-ти месяцев, 1-го года и 2-х лет.

Указанные операции коррекции пролапса гениталий у женщин в сочетании с элонгацией шейки матки по заявленному способу путем трансобтураторной гистеросуспензии с помощью сетчатого имплантата производят за 60-70 минут под спинальной или, в отдельных случаях, эндотрахеальной анестезией. Данным способом прооперированы 15 пациенток. Осложнений в интра- и послеоперационном периодах не было. Общая кровопотеря во время операции составила от 50 до 120 мл.

Рекомендованный период наблюдения пациенток после операции длится два года, с плановыми осмотрами по прошествии 1-го, 6-ти месяцев, 1-го года и 2-х лет. При этом фактические сроки наблюдения в послеоперационном периоде длятся от 3-х месяцев до 1 года и наблюдение продолжается по настоящее время.

Все пациентки находятся в удовлетворительном состоянии, жалоб не предъявляют. Ни в одном случае не отмечено формирование влагалищных гематом, болевого синдрома, рецидива опущения или неполного выпадения внутренних половых органов как в покое, так и при натуживании и кашлевой пробе.

Формула изобретения

1. Способ коррекции пролапса гениталий в сочетании с элонгацией шейки матки, заключающийся в том, что осуществляют влагалищный доступ, в асептических условиях шейку матки фиксируют пулевыми щипцами и низводят, расширяют цервикальный канал шейки матки расширителями Гегара, от №6 до 10 или большими номерами, измеряют длину цервикального канала до внутреннего зева маточным зондом, делают разрез на уровне влагалищных сводов слизистой передней стенки влагалища на 1,5-2,0 см ниже уретры, в частности из слизистой выкраивают лоскут овальной формы и отсепааровывают от подлежащих тканей, мобилизуют края разреза, мочевого пузырь отсепааровывают от шейки матки и слизистой влагалища, разрез продолжают циркулярно на шейку матки, накладывают зажимы на кардинальные связки и пересекают их, в процессе операции для перевязки, поддержки, подвешивания и/или сшивания тканей организма используют, в том числе, нерассасывающиеся связывающие и поддерживающие элементы, пересеченные кардинальные связки с каждой из сторон

от матки прошивают и перевязывают рассасывающимися лигатурами, производят конусовидную ампутацию шейки матки, величина ампутированной части зависит от степени удлинения шейки матки, культы кардинальных связок подшивают к передней части шейки матки, шейку матки формируют двумя рассасывающимися швами по

- 5 Штурмдорфу, на боковые отделы шейки матки накладывают отдельные рассасывающиеся швы, проходимость цервикального канала проверяют маточным зондом, в качестве завершающего этапа операции в соответствии с состоянием тканей пациентки слизистую передней стенки влагалища восстанавливают отдельными рассасывающимися швами и/или выполняют заднюю кольпоррафию с
- 10 леваторопластикой по обычной методике,

отличающийся тем, что на этапе операции перед наложением зажимов на кардинальные связки и их пересечением под слизистой влагалища с обеих сторон шейки матки тупым путем формируют каналы до obturatorной мембраны, а после пересечения кардинальных связок и ампутации шейки матки проводят трансобтураторную

15 гистеросуспензию, заключающуюся в том, что трансобтураторно на уровне клитора к правой и левой бедренной складке проводят проводники с имплантатом в форме узкой сетчатой ленты, выводя их с лентой через разрезы наружу, проводники извлекают, среднюю часть сетчатого имплантата фиксируют отдельными не рассасывающимися швами к сшитым культям кардинальных связок и к шейке матки,

- 20 путем потягивания за выступающие из разрезов бедренных складок свободные концы сетки имплантата шейку матки фиксируют в малом тазу под визуальным и/или пальпоторным контролем до компенсации пролапса гениталий и смежных тканей, выступающие из разрезов излишки имплантата удаляют,
- после этого осуществляют завершающий этап операции.

- 25 2. Способ по п.1, отличающийся тем, что отсепаровывание тканей от подлежащих тканей осуществляют острым или тупым путем.

3. Способ по п.1, отличающийся тем, что отсепаровывание тканей от подлежащих тканей осуществляют частично острым и частично тупым путем по месту в соответствии с состоянием тканей.

- 30 4. Способ по п.1, отличающийся тем, что в качестве рассасывающихся лигатур используют викриловые лигатуры.

5. Способ по п.1, отличающийся тем, что сетчатый имплантат выполнен в виде проленовой сетчатой ленты или в виде сетчатого продукта системы TVT-О (предпочтительно размером 1,1×45 см), Monarc (предпочтительно размером 1,1×35 см)

35 или урослинг (предпочтительно размером 1,1×30 см).

6. Способ по п.1, отличающийся тем, что в послеоперационный период рекомендуют и/или производят наблюдение за соблюдением лечебно-охранительного режима пациентки и за дозированием физической нагрузки, рекомендованная длительность периода наблюдения 2 года.

40

45

