



(19) **KG** (11) **1795** (13) **C1**
(51) **A61B 17/42** (2015.01)

ГОСУДАРСТВЕННАЯ СЛУЖБА ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ СОБСТВЕННОСТИ И
ИННОВАЦИЙ ПРИ ПРАВИТЕЛЬСТВЕ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

(12) ОПИСАНИЕ ИЗОБРЕТЕНИЯ к патенту Кыргызской Республики под ответственность заявителя (владельца)

(21) 20140106.1

(22) 02.09.2014

(46) 30.11.2015, Бюл. № 11

(71) Кыргызско-Российский Славянский университет (KG)

(72) Шукурова Д. А.; Чернецова Г. С. (KG)

(73) Кыргызско-Российский Славянский университет (KG)

(56) Кулаков В. И., Селезнева Н. Д., Краснопольский В. И. Руководство. Оперативная гинекология - М.: Медицина, 1990. - С. 294-295

(54) Способ лечения стрессового недержания мочи, сочетанного с пролапсом гениталий у женщин

(57) Изобретение относится к медицине, а именно к урогинекологии, и может быть использовано при хирургическом лечении больных со стрессовым недержанием мочи, сочетанным с пролапсом гениталий.

Задачей изобретения является уменьшение травматизации и рецидивов при хирургическом лечении больных со стрессовым недержанием мочи, сочетанным с пролапсом гениталий, а также удешевление операции.

Поставленная задача решается в способе лечения стрессового недержания мочи, сочетанного с пролапсом гениталий у женщин, включающем проведение задней пластики влагалища и промежности, проведение леваторопластики и крестовидного укорочения крестцово-маточных и круглых связок матки, где подшивание круглых маточных связок к крестцово-маточным проводят под серозной оболочкой матки.

Использование предлагаемого способа позволяет избежать растягивания укороченных связок матки, что способствует восстановлению анатомо-топографических взаимоотношений, функции мочевого пузыря и уретры. Также предлагаемый способ дает возможность свести к минимуму опасность нагноения раны, исключает возможность фиброзирования или чрезмерного натяжения, улучшает трофику тканей и не дает осложнений, при этом он дешевле аналогичных.

1 н. п. ф., 2 пр., 1 табл., 2 фиг.

Изобретение относится к медицине, а именно к урогинекологии, и может быть использовано при хирургическом лечении больных со стрессовым недержанием мочи, сочетанным с пролапсом гениталий.

Известен способ хирургического лечения стрессового недержания мочи в сочетании с пролапсом гениталий у женщин, заключающийся в том, что под отсепарованную слизистую оболочку передней стенки влагалища внедряют сетку из биосовместимого материала - никелида титана. Задний край сетки фиксируют невплетенными нитями к внутритазовой фасции (патент RU № 2281044 С2, «Способ хирургического лечения стрессового недержания мочи у женщин с пролапсом гениталий», кл. А61В 17/42, А61L 27/06, 2006).

Недостатком этого способа лечения является низкая эффективность, частый рецидив заболевания и высокая стоимость биоматериала.

За прототип выбран способ хирургического лечения больных со стрессовым недержанием мочи, сочетанным с пролапсом гениталий, операцией крестовидное укорочение круглых и крестцово-маточных связок (по В. С. Фриновскому) с кольпоперинеоррафией и

леваторопластикой, которая заключается в подшивании круглых маточных связок к крестцово-маточным связкам крест-накрест после выведения на заднюю поверхность матки (Кулаков В. И., Селезнева Н. Д., Краснопольский В. И. Руководство. Оперативная гинекология - М.: Медицина, 1990. - С. 294-295).

Недостатком способа является то, что известная операция травматична, после нее часто возникают рецидивы, а больные длительное время испытывают болевые ощущения.

Задачей изобретения является уменьшение травматизации и рецидивов при хирургическом лечении больных со стрессовым недержанием мочи, сочетанным с пролапсом гениталий, а также удешевление операции.

Поставленная задача решается в способе лечения стрессового недержания мочи, сочетанного с пролапсом гениталий у женщин, включающем проведение задней пластики влагалища и промежности, проведение леваторопластики и крестовидного укорочения крестцово-маточных и круглых связок матки, где подшивание круглых маточных связок к крестцово-маточным проводят под серозной оболочкой матки.

Способ поясняется фигурами 1-2, где на фиг. 1 - состояние органов малого таза женщины до операции, на фиг. 2 - состояние органов малого таза женщины после операции, а также таблицей, где показана сравнительная характеристика эффективности оперативного лечения стрессового недержания мочи, сочетанного с пролапсом гениталий при использовании различных оперативных методик.

Способ осуществляют следующим образом.

Производят заднюю пластику влагалища и промежности путем выкраивания из кожи промежности и слизистой оболочки задней стенки влагалища ромбовидного лоскута (кольпопериинеоррафия). Далее производят леваторопластику: иглой захватывают края ножек леваторов с обеих сторон в верхней части раны, концы нити берут на зажим и оттягивают вверх, при этом края ножек леваторов сближаются. Шов не завязывают. Отступя 1-1,5 см от первого шва, накладывают второй и затем третий швы ближе к анальному отверстию. После этого нити завязывают. Затем, поперечным надлобковым разрезом вскрывают брюшную полость. Матку фиксируют левой рукой. Длинным изогнутым зажимом Кохера через широкую связку (под собственной связкой яичника) в наиболее бессосудистой зоне в направлении наперед, оттянув рукой яичник с маточной трубой, вверх и в бок проделывают отверстие. Затем, на передней поверхности матки, несколько ниже дна, ближе к ребру матки производят, продольный разрез серозной оболочки длиной 6 (шесть) мм, а на уровне истмического отдела еще два разреза серозной оболочки длиной 6 мм. От верхнего разреза к нижним, крестообразно проделывается туннель под серозной оболочкой матки, через которую проводят крестообразно круглые связки. Шовным материалом викрил соединяют левую круглую связку с правой - крестцово-маточной. Те же манипуляции выполняют с противоположной стороны. На раны серозной оболочки матки накладываются П-образные швы. Таким образом, создается положение антефлексии с сохранением физиологической подвижности матки.

Пример 1. Пациентка Н., 52 года. Страдает недержанием мочи в течение последних 4-х лет. В урологический стационар больная поступила 03.10.2007 г. Жалобы на недержание мочи при кашле, чихании. Клинико-лабораторные данные в пределах нормы. При влагалищном исследовании: половая щель зияет, шейка матки и стенки влагалища находятся у входа во влагалище, тело матки располагается выше него. «Кашлевая» проба и проба Вальсальвы положительные. Больной поставлен клинический диагноз: Недержание мочи при напряжении. 2б тип. Принято решение провести операцию по предлагаемому способу. Выполняли вертикальный разрез выше головки клитора на 2 см до входа во влагалище с обходом с двух сторон клитора и наружного отверстия уретры. Сделали кольпопериинеоррафию и леваторопластику, при этом обнажили шейку матки в зеркалах, отступив от наружного отверстия 20 мм выкроили ромбовидный лоскут из слизистой передней стенки влагалища, которая отсепаровали, погружные швы наложили на фасции мочевого пузыря, края раны слизистой ушили узловыми швами. Иглой захватили края ножек леваторов с обеих сторон в верхней части раны, концы нити взяли зажимами и оттянули вверх, края ножек леваторов сблизили. Шов не завязали. Отступив 1-1,5 см от первого шва, наложили второй и затем третий швы ближе к анальному отверстию. После этого нити завязали. Затем, поперечным надлобковым разрезом вскрыли брюшную полость. Матку зафиксировали левой рукой. Длинным изогнутым зажимом Кохера через широкую связку (под собственной связкой яичника) в наиболее бессосудистой зоне в направлении наперед, оттянув рукой яичник с маточной трубой, и вверх и в бок проделали отверстие. Затем, на передней

поверхности матки, несколько ниже дна, ближе к ребру матки произвели, продольный разрез серозной оболочки длиной 6 мм, а на уровне истмического отдела еще два разреза серозной оболочки длиной 6 мм. От верхнего разреза к нижнему, крестообразно проделали туннель под серозной оболочкой матки, через которую провели крестообразно круглые связки. Шовным материалом викрил соединили левую круглую связку с правой крестцово-маточной. Те же манипуляции выполнили с противоположной стороны.

На раны серозной оболочки матки наложили П-образные швы. В мочевого пузырь установили катетер Фолея. Послеоперационный период протекал без особенностей. Мочеиспускание самостоятельное, без задержки. Пациентка отмечала отсутствие подтекания мочи при напряжении мышц живота. Повторный осмотр провели через 6, 12 и 18 месяцев, затем через 2 и 3 года - жалоб нет.

Пример 2. Больная Р., 34 года поступила с жалобами на недержание мочи при увеличении внутрибрюшного давления (кашле, чихании, при подъеме по лестнице). Болела 4 года, из анамнеза беременностей 5, из них 2 самостоятельных родов, 2 медицинских абортов, 5-ая беременность закончилась родами, весом плода 4300 грамм, которые осложнились выходными акушерскими щипцами.

Обследовали: при влагалищном исследовании, отметили опущение стенок влагалища, рубцы промежности и расхождение пучков мышц поднимающих задний проход. На урограммах - опущение мочевого пузыря (фиг. 1, 2), на урофлоуметрии - увеличение максимальной скорости мочи, уменьшение времени мочеиспускания, функциональная длина уретры 22 мм. Пациентке провели операцию кольпорафии с перинеолеваторопластикой и крестовидное укорочение крестцово-маточных и круглых связок матки под серозной оболочкой матки. Послеоперационный период протекал гладко. Пациентка выписана на 7-е сутки после операции, заживление швов первичным натяжением. В катамнезе через 1 год, 2 и 3 года недержания мочи нет, на урограммах - дно мочевого пузыря выше верхнего края лонного сочленения. На урофлоуметрии максимальная скорость потока мочи уменьшилась, увеличилось время мочеиспускания, длина уретры 32 мм.

Данным способом прооперировано 25 пациенток.

Использование предлагаемого способа позволяет избежать растягивания укороченных связок матки, что способствует восстановлению анатомо-топографических взаимоотношений, функции мочевого пузыря и уретры. Также предлагаемый способ дает возможность свести к минимуму опасность нагноения раны, исключает возможность фиброизирования или чрезмерного натяжения, улучшает трофику тканей и не дает осложнений, при этом он дешевле аналогичных.

Таблица 1

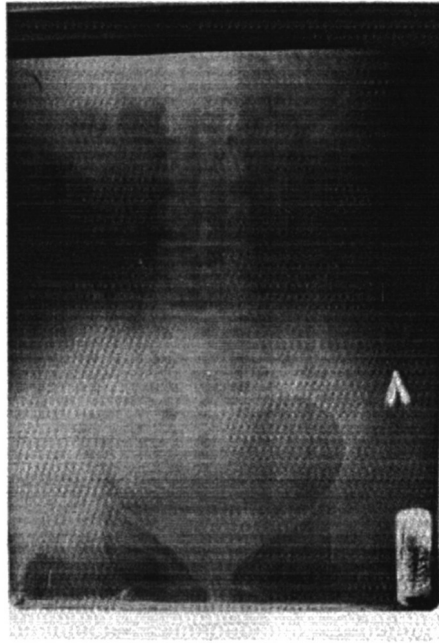
Сравнительная характеристика эффективности оперативного лечения стрессового недержания мочи, сочетанного с пролапсом гениталий при использовании различных оперативных методик

Название методики	Количество прооперированных пациенток	Количество дней, проведенных в стационаре	Наличие рецидива
Передняя кольпоперинеоррафия с ушиванием уретры и укреплением фасции мочевого пузыря и леваторопластикой	27	12	3 через 1,5-2 года
Операция передняя кольпорафия с использованием сетки из никелида титана	18	10	2 через 3 года
Операция крестовидное укорочение круглых и крестцово-маточных связок под серозной оболочкой матки с передней кольпоперинеоррафией и леваторопластикой	25	7	Нет в течение 3 лет

Формула изобретения

Способ лечения стрессового недержания мочи, сочетанного с пролапсом гениталий у женщин, включающий проведение задней пластики влагалища и промежности, проведение леваторопластики и крестовидного укорочения крестцово-маточных и круглых связок матки, отличающийся тем, что подшивание круглых маточных связок к крестцово-маточным проводят под серозной оболочкой матки.

Способ лечения стрессового недержания мочи, сочетанного с пролапсом гениталий у женщин



Фиг. 1



Фиг. 2

Государственная служба интеллектуальной собственности и инноваций при Правительстве Кыргызской Республики,
720021, г. Бишкек, ул. Московская, 62, тел.: (312) 68 08 19, 68 16 41; факс: (312) 68 17 03