РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ

ФЕДЕРАЛЬНАЯ СЛУЖБА
ПО ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ СОБСТВЕННОСТИ

(19) **RU** (11) **2 799 140**(13) **C1**

(51) МПК
A61B 17/42 (2006.01)

(12) ОПИСАНИЕ ИЗОБРЕТЕНИЯ К ПАТЕНТУ

(52) СПК
A61B 17/42 (2023.02)

(21)(22) Заявка: **2022129851, 17.11.2022**

(24) Дата начала отсчета срока действия патента:
17.11.2022

Дата регистрации:
04.07.2023

Приоритет(ы):
(22) Дата подачи заявки: **17.11.2022**

(45) Опубликовано: **04.07.2023** Бюл. № **19**

Адрес для переписки:
450008, г. Уфа, ул. Ленина, 3, ФГБОУ ВО "БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ", Ахатов Искандер Шаукатович

(72) Автор(ы):
Никитин Николай Ильич (RU),
Аллаярова Виктория Флоритовна (RU)

(73) Патентообладатель(и):
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ" Министерства здравоохранения Российской Федерации (RU)

(56) Список документов, цитированных в отчете о поиске: **RU 2673916 C2, 03.12.2018. RU 2563362 C2, 20.09.2015. КУЛАВСКИЙ В.А. и др. Несостоятельность мышц тазового дна и недержание мочи у женщин. (клиника, диагностика, лечение). Методические рекомендации. Уфа.2016, с.100. ELIF AGACAYAK et al. Should we add unilateral sacrospinous ligament fixation to vaginal hysterectomy in management of stage 3 and** (см. прод.)

(54) **Способ хирургического лечения недержания мочи после влагалищной экстирпации матки**

(57) Реферат:

Изобретение относится к медицине, а именно к оперативной урологии и гинекологии. Осуществляют разрез овальной формы слизистой передней стенки влагалища с отступом от наружного отверстия мочеиспускательного канала, который заканчивают циркуляторно вокруг влагалищной части шейки матки. Выполняют диссекцию мочевого пузыря от матки и его смещение краниально за лоно до идентификации передней складки брюшины. Вскрывают Дугласов карман, фиксируют поэтапно крестцово-маточные, кардинальные связки и маточные сосуды, иссекают и лигируют их с каждой стороны, фиксируют переднюю складку брюшины, вскрывают ее поперек, выводят дно матки в операционную рану из брюшной полости, сшивают слизистую влагалища в продольном направлении непрерывным швом. При этом культи связок и придатков с двух сторон располагают забрюшинно. После этого располагают культи связок и придатков под мочеиспускательным каналом, фиксируют справа к левой внутренней запирательной мышце тазового дна, а слева к правой внутренней запирательной мышце. Способ обеспечивает предотвращение в послеоперационном периоде рецидива выпадения передней стенки влагалища и мочевого пузыря за счет фиксации культей связок и придатков в виде перекрестного «двубортного сюртука» под мочеиспускательным

RU 2799140 C1

RU 2799140 C1

каналом и восстановления дефекта тазовой фасции. 2 пр., 5 ил.

(56) (продолжение):
stage 4 pelvic organ prolapse? Turk J Obstet Gynecol. 2015 Sep; 12(3): 144-150. Kyung Hwa Choi et al. Management of Pelvic Organ Prolapse. Korean Journal of Urology 2014; 55(11): 693-702.

RU 2799140 C1

RU 2799140 C1

RUSSIAN FEDERATION

FEDERAL SERVICE
FOR INTELLECTUAL PROPERTY

(19) **RU** (11) **2 799 140**(13) **C1**

(51) Int. Cl.
A61B 17/42 (2006.01)

(12) ABSTRACT OF INVENTION

(52) CPC
A61B 17/42 (2023.02)

(21)(22) Application: **2022129851, 17.11.2022**

(24) Effective date for property rights:
17.11.2022

Registration date:
04.07.2023

Priority:
(22) Date of filing: **17.11.2022**

(45) Date of publication: **04.07.2023** Bull. № **19**

Mail address:
450008, g. Ufa, ul. Lenina, 3, FGBOU VO "BASHKIRSKIJ GOSUDARSTVENNYJ MEDITSINSKIJ UNIVERSITET", Akhatov Iskander Shaukatovich

(72) Inventor(s):
Nikitin Nikolai Ilich (RU),
Allaiarova Viktoriia Floritovna (RU)

(73) Proprietor(s):
federalnoe gosudarstvennoe biudzhetnoe obrazovatelnoe uchrezhdenie vysshego obrazovaniia «BAShKIRSKII GOSUDARSTVENNYI MEDITsINSKII UNIVERSITET» Ministerstva zdravookhraneniia Rossiiskoi Federatsii (RU)

RU 2799140 C1

(54) SURGICAL TREATMENT OF URINARY INCONTINENCE AFTER VAGINAL HYSTERECTOMY

(57) Abstract:

FIELD: medicine; operative urology; gynecology.

SUBSTANCE: oval-shaped incision is made in the mucous anterior wall of the vagina with an indent from the external opening of the urethra, which ends circulatory around the vaginal part of the cervix. The bladder is dissected from the uterus and its displacement is cranial behind the womb until the anterior fold of the peritoneum is identified. The Douglas pouch is opened, the sacro-uterine, cardinal ligaments and uterine vessels are fixed in stages, they are excised and ligated on each side, the anterior fold of the peritoneum is fixed, it is opened across, the fundus of the uterus is removed from the abdominal cavity into the surgical wound, the vaginal mucosa is sutured in the longitudinal direction with a continuous seam. The stumps of the ligaments and appendages are placed retroperitoneally on both sides. After that, the stumps of the ligaments and appendages are placed under the urethra, fixed to the right to the left internal obturator muscle of the pelvic floor, and to the left to the right internal obturator muscle.

EFFECT: method ensures prevention of recurrence of prolapse of the anterior wall of the vagina and bladder in the postoperative period by fixing the stumps of the ligaments and appendages in the form of a crossed “double-breasted frock coat” under the urethra and restoring the defect of the pelvic fascia.

1 cl, 2 ex, 5 dwg

RU 2799140 C1

Предлагаемое изобретение относится к медицине, а именно к оперативной гинекологии.

Известен способ хирургического лечения при пролапсе гениталий - влагалищная экстирпация матки. Способ основан на следующих этапах: 1. Разрез овальной формы слизистой передней стенки влагалища, отступя от наружного отверстия мочеиспускательного канала, далее разрез заканчивается циркуляторно вокруг влагалищной части шейки матки, диссекция мочевого пузыря от матки и смещение краниально за лоно, до идентификации передней складки брюшины. 2. С помощью препарированного марлевого шарика отделяется влагалище от брюшины Дугласова пространства и проводится вскрытие Дугласова кармана. 3. Фиксация поэтапно крестцово-маточных, кардинальных связок и маточных сосудов, иссечение и легирование с каждой стороны. 4. Фиксация передней складки брюшины пинцетом, вскрытие ножницами поперек, выведение дна матки в операционную рану из брюшной полости. 5. Фиксируются зажимами на уровне ребра матки поперечно маточная труба, собственная связка яичника, остаток широкой связки и рассекаются ножницами, тем самым матка с шейкой отделяется от влагалища и связочного аппарата, перевязка культей придатков. То же самое проводится с другой стороны. 6. Ушивание брюшины наглухо, культи связок остаются забрюшинно и сшиваются между собой с клетчаткой параметрия. 7. Края раны слизистой влагалища сшиваются в продольном направлении непрерывным швом [Влагалищная хирургия. Атлас. А.Н Стрижаков, А.И. Давыдов 2008. С139-144]. Данный способ, взятый за прототип, имеет ряд недостатков: при наличии у пациента пролапса гениталии в сочетании с недержанием мочи при напряжении не устраняется патологическая анатомия мочеиспускательного канала, приводящая к недержанию мочи, т.е. в послеоперационном периоде происходит рецидив выпадения передней стенки влагалища и формирование вновь стрессового недержания мочи. Всѐ это, требует поиска новых реконструктивно-пластических операций для коррекции данной патологии с целью улучшения качества жизни.

Задачей изобретения является разработка способа хирургического лечения недержания мочи после влагалищной экстирпации матки.

Технический результат – предотвращение в послеоперационном периоде рецидива выпадения передней стенки влагалища и мочевого пузыря (цистоцеле) за счет восстановления дефекта тазовой фасции.

Изобретение иллюстрируется следующими фигурами: на фиг.1 изображена схема препарирования фрагментов слизистой влагалища, диссекция мочевого пузыря от матки, смещение за лоно; на фиг.2 - схема расположения культи связок после экстирпации матки; на фиг.3 – перитонизация культи влагалища, расположение культей связок и придатков забрюшинно; на фиг.4 – фиксация культей связок и придатков слева к правой внутренней запирательной мышце тазового дна; на фиг.5 – фиксация культей связок и придатков слева к правой внутренней запирательной мышце тазового дна, а справа фиксация к левой внутренней запирательной мышце - в виде перекрестного «двубортного сюртука» под мочеиспускательный канал.

Предлагаемый способ хирургического лечения недержания мочи после влагалищной экстирпации матки выполняется следующим образом: 1. Проводят разрез овальной формы слизистой передней стенки влагалища, отступя от наружного отверстия мочеиспускательного канала, разрез заканчивают циркуляторно вокруг влагалищной части шейки матки, проводят диссекцию мочевого пузыря от матки и смещение краниально за лоно до идентификации передней складки брюшины. 2. Проводят вскрытие Дугласова кармана. 3. Проводят фиксацию поэтапно крестцово-маточных,

кардинальных связок и маточных сосудов, их иссечение и лигирование с каждой стороны. 4. Проводят фиксацию передней складки брюшины пинцетом, вскрытие ножницами поперек, выведение дна матки в операционную рану из брюшной полости. 5.Фиксируют зажимами на уровне ребра матки маточную трубу, собственную связку яичника, остаток широкой связки и рассекают ножницами, тем самым матка с шейкой отделяется от влагалища и связочного аппарата, проводят перевязку культей придатков, т.е. располагают забрюшинно. Тоже самое проводят с другой стороны. 6. Проводят фиксацию культей связок и придатков справа к левой внутренней запирательной мышце тазового дна, а слева к правой внутренней запирательной мышце - в виде перекрестного «двубортного сюртука» под мочеиспускательным каналом, тем самым формируется «площадка» для восстановления дефекта тазовой фасции. 7. Края раны слизистой влагалища сшивают в продольном направлении непрерывным швом.

Предлагаемая методика позволяет проводить коррекцию недержания мочи при напряжении в сочетании с полным выпадением матки без применения сетчатого имплантата, обеспечивает значительную экономию средств, этапы данного метода технически не сложны, продолжительность операции составляет в среднем 45 -50 минут.

Предлагаемым способом прооперированы 10 больных с недержанием мочи в сочетании с элонгацией и опущением шейки матки.

Сущность изобретения поясняется следующими примерами.

Пример 1. Больная А. Л.Н., 67 лет. Диагноз: Неполное выпадение матки. Соп: Недержание мочи при напряжении. Операция: Влагалищная экстирпация матки с придатками, эндоскопическим ассистированием. Задняя кольпоперинео-леваторопластика.

Местный статус: Наружные половые органы развиты правильно, по женскому типу. При натуживании половая щель зияет, матка с мочевым пузырем смещается за пределы вульварного кольца на 2 см.

P.V. влагалище емкое, матка не увеличена, плотная, безболезненная, подвижная, по центру таза. Область придатков без патологических образований, выделения слизистые.

Операция выполнена под спинальной анестезией следующим образом: разрез овальной формы слизистой передней стенки влагалища, отступя от наружного отверстия мочеиспускательного канала, далее разрез заканчивается циркуляторно вокруг влагалищной части шейки матки, диссекция мочевого пузыря от матки и смещение краниально за лоно, до идентификации передней складки брюшины. Проводится вскрытие Дугласова кармана. Фиксация поэтапно крестцово-маточных, кардинальных связок и маточных сосудов, их иссечение и лигирование с каждой стороны. Фиксация передней складки брюшины пинцетом, вскрытие ножницами поперек, выведение дна матки в операционную рану из брюшной полости. Фиксируют зажимами на уровне ребра матки маточную трубу, собственную связку яичника, остаток широкой связки и рассекаются ножницами, тем самым матка с шейкой отделяется от влагалища и связочного аппарата, перевязка культей придатков. Тоже самое проводится с другой стороны. Проводится фиксация культи связок и придатков справа к левой внутренней запирательной мышце тазового дна, а слева к правой внутренней запирательной мышце - в виде перекрестного «двубортного сюртука» под мочеиспускательным каналом, тем самым формируется «площадка» для восстановления дефекта тазовой фасции. Края раны слизистой влагалища сшиваются в продольном направлении непрерывным швом. В послеоперационном периоде: на первые сутки температура 37,3ºС, болевая реакция виде тянущих болей в промежности, мочеиспускание самостоятельное, Проба Вальсальвы, кашлевая проба, тест Боннея отрицательные, стул самостоятельно на 3

сутки после операции, заживление раны первичным натяжением.

Через месяц контрольный осмотр больного. Состояние удовлетворительное. Жалоб нет. При натуживании половая щель не зияет, влагалище проходимо для 2-х поперечных пальцев, по задней стенке влагалища пальпируется плотный безболезненный послеоперационный шов в виде валика. Над 2/3 поверхности передней стенки прямой кишки определяется тугоэластическая площадка.

Пример 2. Больная Б.Т.В. 71 лет. Диагноз: Неполное выпадение матки. Соп: Недержание мочи при напряжении. Операция: Влагалищная экстирпация матки с придатками, эндоскопическим ассистированием. Задняя кольпоперинеолеваторопластика

Местный статус: Наружные половые органы развиты правильно, по женскому типу. При натуживании половая щель зияет, шейка матки и стенки влагалища свисают на уровне вульварного кольца. При кашлевой пробе моча изливается из уретры.

P.V. влагалище емкое, матка не увеличена, легко смещается до вульварного кольца, плотная, безболезненная, подвижная, по центру таза. Область придатков без патологических образований, выделения слизистые.

Операция выполнена под спинальной анестезией следующим образом: разрез овальной формы слизистой передней стенки влагалища, отступя от наружного отверстия мочеиспускательного канала, далее разрез заканчивается циркуляторно вокруг влагалищной части шейки матки, диссекция мочевого пузыря от матки и смещение краниально за лоно, до идентификации передней складки брюшины. Проводится вскрытие Дугласова кармана. Фиксация поэтапно крестцово-маточных, кардинальных связок и маточных сосудов, их иссечение и легировании с каждой стороны. Фиксация передней складки брюшины пинцетом, вскрытие ножницами поперек, выведение дна матки в операционную рану из брюшной полости. Фиксируются зажимами на уровне ребра матки маточную трубу, собственную связку яичника, остаток широкой связки и рассекаются ножницами, тем самым матка с шейкой отделяется от влагалища и связочного аппарата, перевязка культей придатков. Тоже самое проводится, с другой стороны. Проводится фиксация культи связок и придатков справа к левой внутренней запирательной мышце тазового дна, а слева к правой внутренней запирательной мышце - в виде перекрестного «двубортного сюртука» под мочеиспускательным каналом, тем самым формируется «площадка» для восстановления дефекта тазовой фасции. Края раны слизистой влагалища сшиваются в продольном направлении непрерывным швом. В послеоперационном периоде: на первые сутки температура 37,2ºС, болевая реакция виде тянущих болей в промежности, мочеиспускание самостоятельное, Проба Вальсальвы, кашлевая проба, тест Боннея отрицательные, стул самостоятельно на 3 сутки после операции, заживление раны первичным натяжением.

Через месяц контрольный осмотр больного.

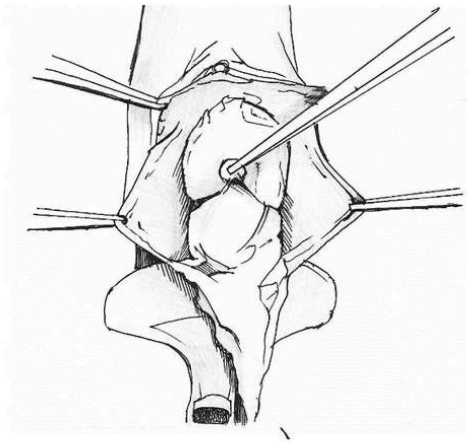
Состояние удовлетворительное. Жалоб нет. При натуживании половая щель не зияет, влагалище проходима для 2-х поперечных пальцев, по задней стенке влагалища пальпируется плотный безболезненный послеоперационный шов в виде валика. Над 2/3 поверхности передней стенки прямой кишки определяется тугоэластическая площадка.

(57) Формула изобретения

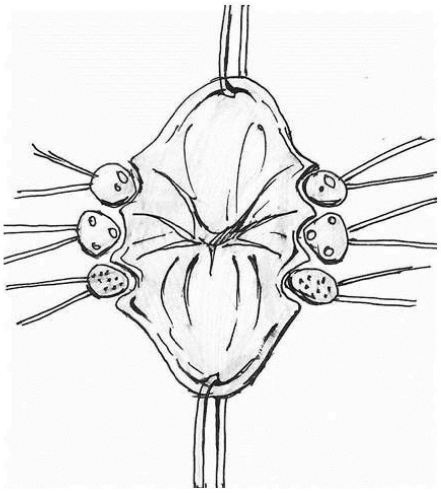
Способ хирургического лечения недержания мочи, включающий влагалищную экстирпацию матки, при этом осуществляют разрез овальной формы слизистой передней стенки влагалища с отступом от наружного отверстия мочеиспускательного канала,

который заканчивают циркуляторно вокруг влагалищной части шейки матки, выполняют диссекцию мочевого пузыря от матки и его смещение краниально за лоно до идентификации передней складки брюшины, вскрывают Дугласов карман, фиксируют поэтапно крестцово-маточные, кардинальные связки и маточные сосуды, иссекают и лигируют их с каждой стороны, фиксируют переднюю складку брюшины, вскрывают ее поперек, выводят дно матки в операционную рану из брюшной полости, сшивают слизистую влагалища в продольном направлении непрерывным швом, отличающийся тем, что культи связок и придатков с двух сторон располагают забрюшинно, после этого располагают культи связок и придатков под мочеиспускательным каналом, фиксируют справа к левой внутренней запирательной мышце тазового дна, а слева к правой внутренней запирательной мышце.

1

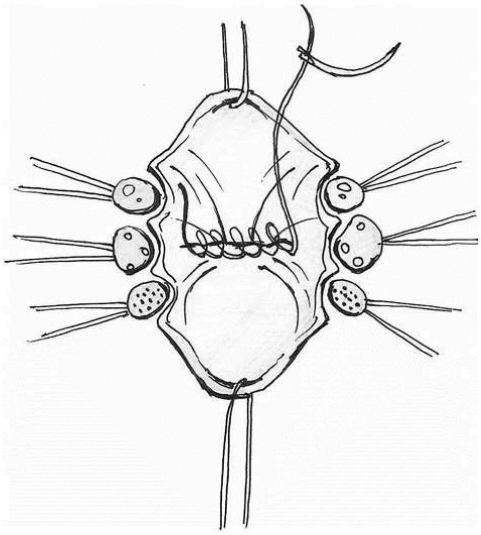


Фиг.1

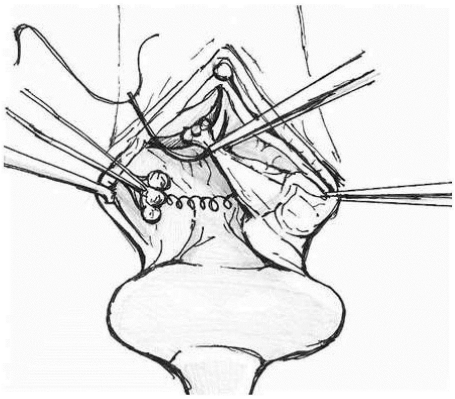


Фиг. 2

2

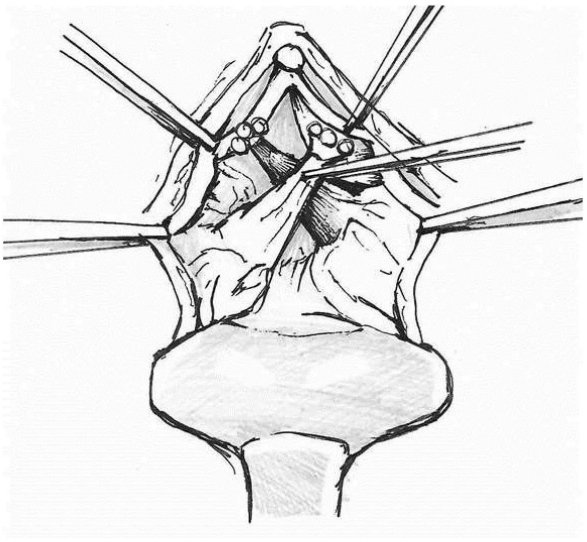


Фиг. 3



Фиг.4

3



Фиг.5