

(19)



**Евразийское
патентное
ведомство**

(11) **039665**

(13) **B1**

(12) ОПИСАНИЕ ИЗОБРЕТЕНИЯ К ЕВРАЗИЙСКОМУ ПАТЕНТУ

(45) Дата публикации и выдачи патента
2022.02.24

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

(21) Номер заявки
202000064

(22) Дата подачи заявки
2019.12.30

(54) СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КОМБИНИРОВАННЫХ ФОРМ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У ЖЕНЩИН

(43) **2020.06.30**

(96) **2019/041 (AZ) 2019.12.30**

(71)(72)(73) Заявитель, изобретатель и патентовладелец:

**ГУСЕЙНЗАДЕ АЙНУР НАЗИМ
КЫЗЫ (AZ)**

(74) Представитель:
Абасова Е.А. (AZ)

(56) Безменко Александр Александрович. Лечение стрессового недержания мочи у женщин методом поддонной уретровезикоэксии влагалищным лоскутом: диссертация кандидата медицинских наук, 2003. 138 с., особенно с. 76-82

Касян Геворг Рудикович. Хирургические доступы при slingовых операциях с использованием свободной синтетической петли у больных недержанием мочи: диссертация кандидата медицинских наук: Москва, 2007. 144 с., особенно с. 43, 44, 49-60

SU-A1-1131500
RU-C2-2190977
RU-C1-2328232
SU-A1-1435244

Шкарупа Д.Д., Кубин Н.Д., Старосельцева О.Ю., Зайцева А.О., Писарев А.В., Шаповалова Е.А. Регулируемый трансобтураторный слинг как метод первой линии хирургического лечения стрессового недержания мочи у женщин. Журнал Экспериментальная и клиническая урология № 2, 2017, с. 84-91. Издательство Издательский дом "УроМедиа" [найдено 2020-07-06]. Найдено в <https://ecuro.ru/sites/default/files/SHKARUPA_1.pdf>, весь документ

(57) Изобретение относится к медицине, в частности к урогинекологии, и может быть использовано для хирургического лечения комбинированных форм недержания мочи у женщин. Задачей исследования является разработка нового, усовершенствованного способа хирургического лечения комбинированных форм недержания мочи у женщин. Сущность метода заключается в следующем: после гидропрепаровки физиологическим раствором в объеме 60-80 мл на 0,5 см ниже отверстия уретры по передней стенке влагалища производится разрез слизистой оболочки и фасции длиной 2,0-2,5 см до границы урогенитальной диафрагмы. Производится острым путем диссекция тканей в направлении обтураторных ямок с обеих сторон. Ножницами создается отверстие в фасции обтураторной ямки. С помощью изогнутых инструментов сетка проводится через обтураторные ямки, середина укладывается под средней третью уретры. Далее разрез слизистой оболочки продлевается до наружного сфинктера уретры. На наружный сфинктер уретры рассасывающейся нитью диаметром 3,0 накладываются два-три узловых гофрирующих шва. Далее рассасывающейся нитью 2,0 накладываются узловые швы на фасцию. Слизистая оболочка зашивается непрерывным швом рассасывающейся нитью 3,0.

039665 B1

039665 B1

Изобретение относится к медицине, в частности к урогинекологии, и может быть использовано для хирургического лечения комбинированных форм недержания мочи у женщин.

Недержание мочи является состоянием, характеризующимся произвольным и неконтролируемым отделением мочи, выявляемым визуально [1]. В клинической практике чаще всего отмечают следующие основные формы недержания мочи: стрессовое, ургентное и смешанное. При стрессовом недержании мочи происходит произвольная потеря мочи, связанная с превышением внутрипузырного давления над максимальным уретральным, сопровождающееся отсутствием сокращений детрузора; отмечается во время кашля, смеха, чихания, подъема тяжестей, бега, перемены положения тела из горизонтального в вертикальное. Часто это состояние именуется недержанием мочи при напряжении [2].

Ургентное недержание мочи характеризуется произвольным подтеканием мочи, причиной которого служит внезапный, нестерпимый, повелительный позыв на мочеиспускание, обусловленный произвольными сокращениями детрузора; при данном типе недержания отмечаются частые дневные (поллакиурия) и ночные (ноктурия) мочеиспускания, императивные (неудержимые) позывы к мочеиспусканию с потерей или без потери мочи [2].

Комбинированное (смешанное) недержание мочи является заболеванием, при котором комбинируются симптомы стрессового и ургентного недержания мочи различной степени тяжести [2]. В настоящее время оперативную коррекцию стрессового недержания мочи выполняют при помощи различных видов уретропексий, слинговых операций, парауретрального введения объемообразующих средств.

Известен ряд операций, в основе которых лежит петлевая пластика с применением ауто- и аллотканей. Недостатками таких хирургических вмешательств является их травматичность для больных, трудоемкость и продолжительность по времени выполнения.

Известен способ лечения недержания мочи при напряжении у женщин путем проведения мышечно-фасциальной пластики уретротригональной области, выкраивания апоневротических лоскутов, проведения их через пузырное пространство во влагалищную рану и сшивания под шейкой мочевого пузыря, отличающийся тем, что с целью снижения числа рецидивов и осложнений удлиняют везикулированную часть задней уретры наложением гофрирующих швов на мышечный слой и парауретральную ткань, лоскут из апоневроза брюшной стенки выкраивают трапециевидной формы и укрепляют уретру на всем ее протяжении [3].

Недостатком данного способа является травматичность, отсутствие укрепления наружного сфинктера, что имеет важное значение при лечении комбинированных форм недержания мочи, имеется большая вероятность рецидивов вследствие использования собственных тканей, имеющих тенденцию к ослаблению в будущем.

Известен способ хирургического лечения недержания мочи ТОТ (прототип) - трансобтураторный метод установки петли для лечения недержания мочи (установка трансобтураторного слинга), при котором лента (слинг) проводится через обтураторное (запирательное) отверстие, расположенное между ветвями лобковой и седалищных костей. Лента устанавливается под уретрой и подтягивает её к лону, выполняя роль пубоуретральной связки и восстанавливая поврежденный механизм удержания мочи. Данная операция высокоэффективна и была разработана в 1999 г. Питером Петросом. В настоящее время операция ТОТ является золотым стандартом лечения стрессового недержания мочи. Однако недостатком данного способа является то, что данный метод неэффективен при лечении недержания мочи у женщин в покое и недержании, возникающем при изменении положения тела. Другим недостатком данного способа также является малоэффективность его применения при лечении недержания мочи, развивающейся вследствие сфинктерной недостаточности из-за изменения анатомического положения уретры, т.е. ее натяжения после пластики везиковагинальной фистулы.

Следует отметить, что укладывание сетки создает поддержку средней трети уретры и предотвращает подтекание мочи при повышении внутрибрюшинного, внутрипузырного давления.

Задачей изобретения является разработка нового, усовершенствованного способа хирургического лечения комбинированных форм недержания мочи у женщин.

Сущность метода заключается в следующем: после гидропрепаровки физиологическим раствором в объеме 60-80 мл на 0,5 см ниже отверстия уретры по передней стенке влагалища производится разрез слизистой оболочки и фасции длиной 2,0-2,5 см до границы урогенитальной диафрагмы. Производится острым путем диссекция тканей в направлении обтураторных ямок с обеих сторон. Ножницами создается отверстие в фасции обтураторной ямки. С помощью изогнутых инструментов сетка проводится через обтураторные ямки, середина сетки укладывается под средней третью уретры. Далее разрез слизистой оболочки продлевается до наружного сфинктера уретры. На наружный сфинктер уретры рассасывающейся нитью диаметром 3,0 накладываются два-три узловых гофрирующих шва. Далее рассасывающейся нитью 2,0 накладываются узловые швы на фасцию. Слизистая оболочка зашивается непрерывным швом рассасывающейся нитью 3,0.

Преимуществами данного способа является возможность хирургического лечения в ходе одной операции комбинированных форм недержания мочи и, как следствие, экономия трудовых затрат, финансовых затрат, временных затрат, достигается лечение недержания мочи вследствие сфинктерной недостаточности, развивающейся после пластики везиковагинальных фистул.

В данном изобретении предлагается дополнить операцию TOT уретросфинктеропластикой и пластикой фасции по предложенному автором новому способу. Предложенный автором способ уретросфинктеропластики заключается в том, что разрез слизистой оболочки продлевают до наружного сфинктера уретры, после чего на него рассасывающейся нитью диаметром 3,0 накладывают два-три узловых гофрирующих шва. Преимуществом данного способа является то, что наложение гофрирующих швов позволяет устранить недержание мочи вследствие сфинктерной недостаточности, что имеет значение при переходе больной из горизонтального положения в вертикальное. Предлагаемый автором метод пластики фасции заключается в том, что на фасцию рассасывающейся нитью 2,0 накладывают узловые швы, а слизистая оболочка зашивается непрерывным швом рассасывающейся нитью 3,0. Данный метод субфасциальной пластики позволяет предупредить развитие эрозий над зоной сетки.

Осуществление способа приводится на примерах.

Пример № 1. Пациентка А., 76 лет, поступила в клинику с жалобами на недержание мочи при чихании, кашле, изменении положения тела из сидячего в вертикальное, при передвижении, также в покое, особенно в ночное время, и невозможность удержать мочу при появлении позывов на мочеиспускание. Качество жизни по шкале ICIQ-S - 20.

Произведена операция TOT + уретросфинктеропластика + пластика фасции предложенным автором методом. После операции все симптомы недержания мочи были устранены. Динамическое обследование пациентки после 3, 6, 12 месяцев после операции осложнений и рецидивов не выявило.

Пример № 2. Пациентка З., 47 лет, поступила в клинику с жалобами на недержание мочи при чихании, кашле, ходьбе, смехе, изменении положения тела из сидячего положения в положение стоя, при передвижении, также в покое, особенно в ночное время, и невозможность удержать мочу при появлении позывов на мочеиспускание. Качество жизни по шкале ICIQ-S - 19.

Произведена операция TOT + уретросфинктеропластика + пластика фасции. После операции все симптомы недержания мочи были устранены. Динамическое обследование пациентки после 3, 6, 12 месяцев после операции осложнений и рецидивов не выявило.

Пример № 3. Пациентка Л., 28 лет, поступила в клинику с жалобами на недержание мочи при чихании, кашле, смехе, также в покое, особенно в ночное время, и невозможность удержать мочу при появлении позывов на мочеиспускание. Качество жизни по шкале ICIQ-S - 15.

Произведена операция TOT + уретросфинктеропластика + пластика фасции. После операции все симптомы недержания мочи были устранены. Динамическое обследование пациентки после 3, 6, 12 месяцев после операции осложнений и рецидивов не выявило.

Проведенное данным способом хирургическое лечение комбинированных форм недержания мочи у 50 женщин в возрасте от 25 до 85 лет показало, что предлагаемый способ позволяет устранить комбинированные формы недержания мочи тяжелых типов со сфинктерной недостаточностью, восстановить адекватное мочеиспускание, предупредить риск развития эрозии над зоной сетки, наконец, повысить качество жизни пациенток. Анализ ближайших и отдаленных результатов позволяет рекомендовать эту операцию как операцию выбора при соответствующей клинической картине.

Литература.

1. Prados V.F., Cozar Olmo J.M, Martinez Morcillo A. et al. Urinary incontinence. Evaluation and classification methods//Arch. Esp.Urol. -2002. Vol. 55(9). P. 1015-1034.
2. Нечипоренко, Н.А., Кажина, М.В., Спас, В.В. Урогинекология. -Минск, 2005. 204 с.
3. Краснопольский В.И., Слободянюк А.И., Иоселиани М.Н. Способ лечения недержания мочи в напряжении у женщин. Авт.св. SU 1435244 А1.

ФОРМУЛА ИЗОБРЕТЕНИЯ

Способ хирургического лечения комбинированных форм недержания мочи у женщин, включающий трансобтураторный метод установки петли, уретросфинктеропластику и пластику фасции, отличающийся тем, что после гидропрепаровки физиологическим раствором в объеме 60-80 мл на 0,5 см ниже отверстия уретры по передней стенке влагалища производят разрез слизистой оболочки и фасции длиной 2,0-2,5 см до границы урогенитальной диафрагмы, производят острым путем диссекцию тканей в направлении обтураторных ямок с обеих сторон, далее ножницами создают отверстие в фасции обтураторной ямки, после чего с помощью изогнутых инструментов сетку проводят через обтураторные ямки, середину укладывают под средней третью уретры, далее разрез слизистой оболочки продлевают до наружного сфинктера уретры, на который рассасывающейся нитью диаметром 3,0 накладывают два-три узловых гофрирующих шва, затем рассасывающейся нитью 2,0 накладывают узловые швы на фасцию, а слизистую оболочку зашивают непрерывным швом рассасывающейся нитью 3,0.



Евразийская патентная организация, ЕАПВ

Россия, 109012, Москва, Малый Черкасский пер., 2