



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **119678** (13) **U**
(51) МПК (2017.01)
A61B 17/00
A61B 17/04 (2006.01)

МІНІСТЕРСТВО
ЕКОНОМІЧНОГО
РОЗВИТКУ І ТОРГІВЛІ
УКРАЇНИ

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

(21) Номер заявки: u 2016 13074	(72) Винахідник(и): Антонюк-Кисіль Володимир Миколайович (UA), Єнікєєва Вікторія Миколаївна (UA), Лічнер Степан Іларійович (UA), Липний Віталій Михайлович (UA), Дрозд Віктор Васильович (UA), Павлишин Андрій Володимирович (UA)
(22) Дата подання заявки: 21.12.2016	
(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: 10.10.2017	
(46) Публікація відомостей про видачу патенту: 10.10.2017, Бюл.№ 19	(73) Власник(и): Антонюк-Кисіль Володимир Миколайович, вул. Міцкевича, 30, м. Рівне, 33000 (UA)
	(74) Представник: Павлишин Андрій Володимирович

(54) СПОСІБ ТИМЧАСОВОЇ ІНТРААБДОМІНАЛЬНОЇ ЕКСТРАВАЗАЛЬНОЇ ТРАНСПАРІЄТАЛЬНОЇ КОМПРЕСІЇ ТЕРМІНАЛЬНОГО ВІДДІЛУ ЧЕРЕВНОЇ АОРТИ

(57) Реферат:

Спосіб тимчасової інтраабдомінальної екстравазальної транспарієтальної компресії термінального відділу черевної аорти включає виконання розкриття черевної порожнини, видалення плоду із порожнини матки, перетискання пуповини, після чого в операційну рану вводять корнцанг з затиснутим стерильним марлевим тампоном яким притискають термінальний відділ аорти до хребців поперекового відділу хребта, впродовж 5-10 секунд після видалення плоду із порожнини матки, що скорочує об'єм кровотечі та дає додатковий час для діагностики стану плацентації і вибору подальшої хірургічної тактики.

UA 119678 U

Корисна модель належить до медицини, зокрема до судинної хірургії, акушерства та гінекології, та може використовуватись для значного зменшення акушерської крововтрати під час оперативних втручань на органах малого таза, матці при загрозі або при виникненні кровотечі.

Відомий спосіб полягає в тому, що під час розвитку раптової та масивної некерованої акушерської кровотечі (до пологів, під час пологів і в післяпологовому періоді) застосовують хірургічні методи зупинки кровотечі, а саме: перев'язування магістральних судин, поетапна часткова деваскуляризація матки, в разі неефективності перерахованих заходів - екстерпація матки без додатків [1, 2-8].

Недоліком даного способу є те, що акушерські кровотечі часто виникають і характеризуються значною крововтратою за короткий проміжок часу, тому компенсаторні реакції організму породіллі не встигають стабілізувати стан пацієнтки, виникає значна гіпотензія, а безпосередньо сама зупинка кровотечі вимагає хірургічного втручання. Впродовж часового проміжку від виникнення акушерської кровотечі і до початку її хірургічної зупинки жінка втрачає значний об'єм крові, а сама хірургічна маніпуляція вимагає тривалого часу (до 40-45 хвилин).

В основу запропонованої корисної моделі поставлена задача вдосконалити відомий спосіб, в якому шляхом інтраабдомінальної екстравазальної транспарієтальної компресії термінального відділу черевної аорти досягається швидке і ефективне зменшення тривалості акушерської кровотечі і об'єму крововтрати.

Поставлена задача вирішується таким чином: виконують розкриття черевної порожнини, видаляють плід з порожнини матки, перетискають пуповину, в операційну рану вводять корнцанг з затиснутим стерильним марлевым тампоном, яким притискають термінальний відділ аорти до хребців поперекового відділу хребта, впродовж 5-10 секунд після видалення плоду із порожнини матки, що скорочує об'єм кровотечі та дає додатковий час для діагностики стану плацентації і вибору подальшої хірургічної тактики. Пропонований спосіб не потребує додаткових доступів до термінального відділу черевної аорти, специфічного судинного інструментарію та дозволяє значно знекровити матку шляхом виключення значного басейну кровопостачання матки (з додаткових гілок термінального відділу аорти, з басейнів внутрішніх клубових і з глибоких артерій стегна), тим самим мінімізувавши кровотечу з операційної рани матки. Час проведення етапу хірургічного гемостазу з використанням запропонованого способу становить 25 ± 15 хвилин. Впродовж часу перетискання аорти прямі антикоагулянти не використовуються.

Приклад: на базі КЗ "Рівненський перинатальний центр" Рівненської обласної ради за період з 2012 року по IV квартал 2016 року з ціллю зменшення тривалості кровотечі та об'єму крововтрати застосовували пропонований спосіб, як етап хірургічного гемостазу.

Оперовану групу складали вагітні віком від 22 років до 38 років. Серед оперованих нами з використанням пропонованого способу було 2 (20 %) вагітних, що вперше народжували, у 8 (80 %) вагітних з повторними пологамі. Розродження у всіх випадках в даній групі вагітних - через кесаревий розтин.

Показами для проведення даного етапу оперативного втручання була у 3 (30 %) випадках підозра на патологічну плацентацію, у 4 (40 %) вагітних з патологічною плацентацією, у 1 (10 %) випадку завмерла внутрішньочеревна 6 місячна вагітність, та у 2 (20 %) випадках передчасне відшарування плаценти. В 6 (60 %) випадках оперативне втручання виконувалось в ургентному порядку, у 4 (40 %) випадках - в плановому.

Застосовуючи спосіб тимчасової інтраабдомінальної екстравазальної транспарієтальної компресії термінального відділу черевної аорти ми отримали додатковий час для діагностики стану плацентації і визначення об'єму оперативного втручання;

- при відходженні плаценти "без ускладнень, виконується ревізія порожнини матки і матка ушивається майже на сухій рані. Крововтрата становила до 100 мл;

- при діагностуванні патологічної плацентації; а) при вродженні плаценти - при перетиснутій аорті продовжується оперативне втручання в такій послідовності: 1) перев'язка внутрішніх клубових артерій, віддається перевага двобічній позаочеревинній перев'язці внутрішніх клубових артерій (при наявності підготовленого фахівця), 2) екстерпація матки класичним методом. Крововтрата становила до 250 мл; б) при проростанні плаценти в сечовий міхур - при перетиснутій аорті продовжується оперативне втручання в такій послідовності: 1) перев'язка внутрішніх клубових артерій, віддається перевага двобічній позаочеревинній перев'язці внутрішніх клубових артерій (при наявності підготовленого фахівця), 2) екстерпація матки. Ушивання стінки сечового міхура. Операційна крововтрата становила до 250 мл. Час проведення етапу хірургічного гемостазу з використанням пропонованого способу становив

25±15 хв. На період перетискання аорти у всіх оперованих нами пацієнток прямі антикоагулянти не використовувались.

Перед оперативним втручанням по можливості пальпаторно оцінювали стан шкірних покривів (температура), пульсацію над артеріями стоп відмічаючи в історії хвороби. В протоколі знеболення відмічали початок екстравазальної компресії аорти і її тривалість. З інтервалом в 5 хв. під час операції пальпаторно проводили контроль за станом наростання ішемії дистальних відділів стоп відмічаючи в протоколі анестезії через який час після перетискання аорти з'являються ознаки ішемії кінцівок (критерії: похолодання, блідість шкірних покривів стоп). В післяопераційному періоді в листку спостереження відмічали протягом часу тривав регрес ішемії нижніх кінцівок: відновлення пульсації на периферичних артеріях (відновлення пульсації над передньою і задньою гомілковими артеріями), динаміка наростання температури шкірних покривів на стопах і гомілках, відновлення рухів в нижніх кінцівках, тону м'язів гомілок, вологість шкірних покривів). Регрес ішемії дистальних відділів наступив одразу після операції. У всіх 10 (100 %) оперованих пацієнток в післяопераційному періоді неврологічних, артеріальних, венозних дефіцитів в нижніх кінцівках не виявлено. Додаткового лікування не потребувалось.

Отже, запропонований спосіб тимчасової інтраабдомінальної екстравазальної транспарієтальної компресії термінального відділу черевної аорти дозволяє скоротити час від початку акушерської кровотечі до її хірургічної зупинки на 20-45 хвилин, а значить і безпосередньо об'єм крововтрати, спосіб може здійснюватися одним із асистентів оператора, він не потребує додаткових доступів до термінального відділу черевної аорти, не вимагає специфічного судинного інструментарію та дозволяє значно знекровити матку і тим самим мінімізувавши кровотечу з операційної рани матки. Пропонований спосіб дає додатковий час для діагностики стану плацентації і вибору подальшої хірургічної тактики.

Джерела інформації:

1. Баранов І.І. Современные принципы лечения акушерских кровотечений // Вестник Рос.ассоц.акуш.-гинеко. - 1999. - № 2. - с. 17-21.

2. Голяновський О.В. Ефективність впровадження комплексу заходів щодо прогнозування, профілактики та терапії акушерських кровотеч / О.Ю. Голяновський. // Здоров'я жінчини. - 2010. - № 1, с. 114-118.

3. Дикий О.М. Масивні кровотечі в акушерсько-гінекологічній практиці. Досвід лікування. / О.М. Дикий, Г.І. Шкоденко, С.В. Капустян, І.М. Скоромець. // Медицина невідкладних станів. 5(30). 2010 с.

4. Егорова Н.А., Добротина А.Ф., Гусева О.И., Загрядская П.П., Струкова В.И. Кровотечения при беременности, в родах и раннем послеродовом периоде. - НН.НГМА.2006. - 79 с.

5. Камінський В.В., Голяновський О.В. Комплексний підхід до хірургічного гемостазу масивної післяпологової кровотечі. - Збірник наукових праць Асоціації акуш. гінекологів України. - К.: Інтермед. 2009. - с. 293-298.

6. МОЗ України. Клінічний протокол "Акушерські кровотечі". Наказ від 24 березня 2014 року за № 205.

7. Морозова Н.А. Кровотечения во второй половине беременности (дородовые). // Новости медицины и фармации. - 2008 - № 253 - с. 70-74...А.

8. O'Leary J. A. Uterine artery ligation in the control of postcesarean hemorrhage. // J. Reprod. Med. - 1995. - vol. 40, - P. 189-193.

ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

Спосіб тимчасової інтраабдомінальної екстравазальної транспарієтальної компресії термінального відділу черевної аорти, який **відрізняється** тим, що включає виконання розкриття черевної порожнини, видалення плоду із порожнини матки, перетискання пуповини, після чого в операційну рану вводять корнцанг з затиснутим стерильним марлевым тампоном, яким притискають термінальний відділ аорти до хребців поперекового відділу хребта, впродовж 5-10 секунд після видалення плоду із порожнини матки, що скорочує об'єм кровотечі та дає додатковий час для діагностики стану плацентації і вибору подальшої хірургічної тактики.

Комп'ютерна верстка А. Крулевський

Міністерство економічного розвитку і торгівлі України, вул. М. Грушевського, 12/2, м. Київ, 01008, Україна

ДП "Український інститут інтелектуальної власності", вул. Глазунова, 1, м. Київ – 42, 01601