



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **119360** (13) **U**  
(51) МПК (2017.01)  
**A61B 17/00**  
**A61K 31/00**

МІНІСТЕРСТВО  
ЕКОНОМІЧНОГО  
РОЗВИТКУ І ТОРГІВЛІ  
УКРАЇНИ

**(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ**

<b>(21)</b> Номер заявки: <b>u 2017 02780</b>	<b>(72)</b> Винахідник(и): <b>Маркін Леонід Борисович (UA),</b> <b>Кунинець Галина Ярославівна (UA),</b> <b>Шатилевич Катерина Леонідівна (UA),</b> <b>Шахова Олена Вікторівна (UA)</b>
<b>(22)</b> Дата подання заявки: <b>24.03.2017</b>	
<b>(24)</b> Дата, з якої є чинними права на корисну модель: <b>25.09.2017</b>	
<b>(46)</b> Публікація відомостей про видачу патенту: <b>25.09.2017, Бюл.№ 18</b>	<b>(73)</b> Власник(и): <b>ЛЬВІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ</b> <b>МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ ДАНИЛА</b> <b>ГАЛИЦЬКОГО,</b> вул. Пекарська, 69, м. Львів, 79010 (UA)

**(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ШИЙКОВОЇ ВАГІТНОСТІ**

**(57) Реферат:**

Спосіб лікування шийкової вагітності включає вишкрібання цервікального каналу з подальшою тампонадою шийки матки. Вагітній жінці при гестаційному терміні не більше 7 тижнів проводять лапаротомію з подальшою перев'язкою маткових артерій та власної зв'язки яєчника з обох боків, в передню стінку тіла матки вводять 0,3 мл препарату реместіп, розведеного на 5 мл ізотонічного розчину. Після цього виконують вишкрібання цервікального каналу і протягом 30 хв проводять тампонаду цервікального каналу стерильним бинтом, змоченим розчином транексамової кислоти 10 мл.

**UA 119360 U**



Корисна модель належить до галузі медицини, зокрема до оперативної гінекології, і може бути використана для органозберігаючого лікування пацієнток з шийковою вагітністю.

Проблема лікування шийкової вагітності протягом багатьох років продовжує залишатися актуальною. Шийкова вагітність є рідкісним варіантом позаматкової вагітності і становить 0,15 % в структурі всіх вагітностей з ектопічною локалізацією [Айламазян Е.К., Рябцева И.Т. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в гинекологии. - Н. Новгород: Изд-во НГМА, 1996. - С.51-55]. Наявність прогресуючої шийкової вагітності загрожує життю жінки у зв'язку з ризиком виникнення масивної кровотечі, єдиним способом зупинки якого є видалення матки. Це особливо актуально в сучасних умовах, тому що у зв'язку з широким розповсюдженням в гінекології допоміжних репродуктивних технологій можливе збільшення частоти настання шийкової вагітності.

З усіх варіантів ектопічної вагітності в 0,3-0,4 % спостережень зустрічається шийкова або перешийкова вагітність. Частота даної патології серед усіх випадків вагітності складає 1:95000. При істинній шийковій вагітності плідне яйце розташовується в цервікальному каналі, при шийково-перешийковій вагітності плодомістилицем є шийка матки і область перешийку матки [Айламазян Е.К., Рябцева И.Т. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в гинекологии. - Н. Новгород: Изд-во НГМА, 1996.-С.51-55].

Сучасні консервативні методи лікування шийкової вагітності включають хіміотерапію метотрексатом, вишкрібання, накладення кругового шва на шийку матки з одночасною тампонадою цервікального каналу, гістероскопічну резекцію плідного яйця, селективну емболізацію маткових артерій.

Однак при ізольованому використанні кожного з цих методів найчастіше спостерігається або кровотеча з судин ложа видаленого плідного яйця, або прогресування шийкової вагітності.

Існує спосіб лікування шийкової вагітності, при якому проводять екстирпацію матки, тобто хірургічне видалення шийки і тіла матки [Кулаков В.И., Селезнева Н.Д., Краснопольский В.И. Оперативная гинекология. - Н. Новгород: Изд-во НГМА, 1997 - С. 352]. Радикальний обсяг операції виключає наявність вагітності у жінки в майбутньому. У той же час для пацієнток з шийковою вагітністю і які не мають дітей надзвичайно важливим є збереження після лікування органів репродуктивної системи і дітородної функції.

З практики медицини відомий, як найближчий аналог, спосіб лікування шийкової вагітності, при якому проводять вишкрібання або пальцеве видалення плідного яйця з подальшою тампонадою шийки матки амінокапроновою кислотою [Персианинов Л.С. Акушерский семинар. Изд 2-е, перераб. I доп. Т.1. - Ташкент: Медицина, 1973. - С. 105-106]. Істотним недоліком цього способу лікування є неодноразово повторювані кровотечі, які, обезкровлюючи хвору, призводять до летального результату в 75-85 % випадків [Айламазян Е.К., Рябцева И.Т. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в гинекологии. - Н. Новгород: Изд-во НГМА, 1996. - С.51-55]. Повторні кровотечі можуть виникати не тільки в найближчі години після видалення плідного яйця, а й через тривалий час (через 2-3 тижні після вишкрібання). Такі кровотечі відбуваються в результаті руйнівної дії ворсин хоріона, що залишилися між м'язовими пучками після видалення плідного яйця.

В основу корисної моделі поставлено задачу досягнути збереження органів репродуктивної системи, дітородної функції після проведеного лікування шийкової вагітності.

Поставлена задача вирішується тим, що у способі лікування шийкової вагітності, що включає вишкрібання цервікального каналу з подальшою тампонадою шийки матки, згідно з корисною моделлю, вагітній жінці при гестаційному терміні не більше 7 тижнів проводять лапаротомію з подальшою перев'язкою маткових артерій та власної зв'язки яєчника з обох боків, в передню стінку тіла матки вводять 0,3 мл препарату реместіп, розведеного на 5 мл ізотонічного розчину, після цього виконують вишкрібання цервікального каналу і протягом 30 хв проводять тампонаду цервікального каналу стерильним бинтом, змоченим розчином транексамової кислоти 10 мл.

Основною причиною шийкової вагітності є атрофічні і дистрофічні зміни слизової матки, пов'язані з ускладненням перебігом попередніх пологів і післяпологового періоду, багаторазовими абортами, оперативними втручаннями на матці, запальним процесом та інше [Лехтман М.Н. Шеечная беременность. - Фрунзе: Кыргызстан, 1955]. Поряд з цим виникнення дистального варіанту ектопічної вагітності може бути пов'язано і з затримкою розвитку плідного яйця, а тому може зустрічатися і у молодих жінок. Мала активність трофобласта не сприяє імплантації плідного яйця в тіло матки, в результаті чого бластоциста опускається в цервікальний канал [Персианинов Л.С., Растринин М.М. Неотложная помощь в акушерстве и гинекологии. - Ташкент: Медицина, 1983. - С.46-53].

Лікування шийкової вагітності у запропонованій корисній моделі - комплексне, із перев'язкою маткових артерій та власної зв'язки яєчників, застосуванням препарату реместіп, вишкрібанням цервікального каналу і тампонадою цервікального каналу стерильним бинтом, змоченим транексамовою кислотою.

5 Відмінною особливістю запропонованого способу є також те, що в лікуванні використовуються лікарські засоби - реместіп та транексанова кислота.

Діюча речовина препарату Реместіп - терліпресин (N-тригліцил-8-лізин-вазопресин) - синтетичний аналог вазопресину, природного гормону задньої частки гіпофіза (виробник - Феррінг-лечива а.с, Чеська Республіка). Фармакологічна дія терліпресину полягає у вираженому вазоконстриктивному та антигеморагічному ефекті. Найбільш помітним у цьому відношенні ефектом є зниження кровообігу в паренхімі внутрішніх органів, внаслідок чого знижується печінковий кровотік і тиск у системі ворітної вени. Терліпресин, подібно до аналогічних пептидів, спричиняє спазм артеріол і венул переважно в паренхімі внутрішніх органів, скорочення гладкої мускулатури стінки стравоходу, підвищення тону та перистальтики кишечника загалом. Крім впливу на гладкі м'язи судин, терліпресин стимулює гладку мускулатуру матки, у тому числі при відсутності вагітності.

У запропонованій корисній моделі після вишкрібання цервікального каналу для надійного гемостазу проводять тампонаду цервікального каналу стерильним бинтом, змоченим транексамовою кислотою, яка чинить додаткову місцеву гемостатичну дію. Транексамова кислота належить до антифібринолітиків. Основний ефект препарату пов'язаний з його здатністю оборотно блокувати лізинзв'язуючі місця в молекулі плазміногену, тим самим запобігаючи взаємодії плазміну (огену) з лізиновими місцями у фібриновому полімері (виробник Фармахем СА М&М, Швейцарія). Як наслідок, фібрин не руйнується. На додаток до цього, транексамова кислота підсилює синтез колагену, що сприяє збереженню фібринового матриксу і збільшує міцність тромбу. Разом обидва перерахованих ефекти транексамової кислоти сприяють стабілізації тромбу.

Тампон, змочений транексамовою кислотою, видаляють через 30 хв.: за цей час досягається стійкий гемостаз і не розвивається місцева запальна реакція.

30 Запропонований спосіб може бути використаний при гестаційному терміні не більше 7 тижнів, оскільки вище цього терміну відбувається руйнування хоріональною тканиною шийки матки.

Перевагою розробленого способу є збереження після проведеного лікування органів репродуктивної системи - тіла і шийки матки.

35 Запропонований спосіб був успішно апробований у гінекологічному відділенні обласної клінічної лікарні (ОКЛ) м. Львова.

Нижче наводиться результат клінічної апробації запропонованого способу лікування шийкової вагітності.

40 Хвора Н., 25 років, була прийнята в гінекологічне відділення ОКЛ м. Львова з діагнозом: шийкова вагітність 6 тижнів. Скарги на мажучі кров'яністі виділення зі статевих шляхів на тлі затримки менструації на 2 тижні. При піхвовому дослідженні: зовнішні статеві органи розвинені правильно, піхва родившої, шийка матки ціанотичного забарвлення, потовщена, щільної консистенції, зовнішній зів відкритий, пропускає палець, з цервікального каналу - темні кров'яні виділення в помірній кількості; тіло матки звичайних розмірів, рухоме, безболісне, яєчники з обох боків не збільшені, рухливі, безболісні. За даними УЗД: тіло матки 43×30×45 мм (в межах норми), М-ехо-8,0 мм, ендометрій без видимих патологічних змін; розміри яєчників: правого 34×21×22 мм, лівого 31×20×20 мм, в лівому яєчнику жовте тіло діаметром 28 мм. У верхній третині цервікального каналу нижче рівня внутрішнього зіву візуалізувалося плідне яйце діаметром 14 мм з жовточним мішком і ембріоном. КТР ембріона 3 мм, серцебиття реєструється. Глибина інвазії хоріону в слизову оболонку цервікального каналу склала 3 мм, за даними кольорового доплерівського картування реєструвався перитрофобластичний кровотік. Рівень (3-ХГ в сироватці крові склав 9647 МО/мл (відповідає 5-6 тижням вагітності).

50 Пацієнтці під загальним ендотрахеальним наркозом виконана лапаротомія, при якій було проведено перев'язка маткових артерій та власної зв'язки яєчника з обох боків. В передню стінку матки введено 0,3 мл препарату реместіп, розведеного на 5 мл ізотонічного розчину. 55 Після цього проведено вишкрібання цервікального каналу. Відмічались помірні кров'яністі виділення із цервікального каналу. З гемостатичною метою на 30 хв була проведена тампонада цервікального каналу стерильним бинтом, змоченим транексамовою кислотою 10 мл. Кров'яністі виділення із шийки припинились. Загальна крововтрата склала 200 мл.

60 Післяопераційний період перебігав без ускладнень. Протягом трьох діб після операції пацієнтка відзначала мізерні кров'яністі виділення зі статевих шляхів. При контрольному

трансвагінальному ультразвуковому дослідженні на 2 добу після операції товщина ендоцервіксу не перевищувала 3 мм, залишків хоріальної тканини не виявлялося. Рівень  $\beta$ -ХГ поступово знижувався. Пацієнтка була виписана додому на 5 добу після операції. Менструальна функція нормалізувалася через місяць після операції. Через 11 місяців у пацієнтки настала спонтанна

5 маткова вагітність, що закінчилася терміновими оперативними родами здоровою дитиною.

Даним способом лікування шийкової вагітності досягається позитивний ефект, що полягає в збереженні органів репродуктивної системи (тіла і шийки матки), а значить, збереженні репродуктивного здоров'я жінки та в підсумку - репродуктивного потенціалу країни.

10 Запропонований спосіб лікування доступний установам практичної охорони здоров'я і може бути використаний в акушерських та гінекологічних стаціонарах.

#### ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

15 Спосіб лікування шийкової вагітності, що включає вишкрібання цервікального каналу з подальшою тампонадою шийки матки, який **відрізняється** тим, що вагітній жінці при гестаційному терміні не більше 7 тижнів проводять лапаротомію з подальшою перев'язкою маткових артерій та власної зв'язки яєчника з обох боків, в передню стінку тіла матки вводять 0,3 мл препарату реместіп, розведеного на 5 мл ізотонічного розчину, після цього виконують

20 вишкрібання цервікального каналу і протягом 30 хв проводять тампонаду цервікального каналу стерильним бинтом, змоченим розчином транексамової кислоти 10 мл.

---

Комп'ютерна верстка О. Гергіль

---

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