



УКРАЇНА

(19) UA (11) 31495 (13) U
(51) МПК (2006)
A61B 17/22МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ДОСЯГНЕННЯ ГЕМОСТАЗУ ПРИ ВИКОНАННІ ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ОПЕРАЦІЇ З ПРИВОДУ ТРУБНОЇ ВАГІТНОСТІ

1

2

(21) u200713998

(22) 13.12.2007

(24) 10.04.2008

(46) 10.04.2008, Бюл. № 7, 2008 р.

(72) ГЛАДЧУК ІГОР ЗИНОВІЙОВИЧ, UA,
НАЗАРЕНКО ОЛЕГ ЯРОСЛАВОВИЧ, UA,
РОЗМОШ ГАННА ВОЛОДИМИРІВНА, UA(73) ОДЕСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ, UA

(57) Спосіб досягнення гемостазу при виконанні лапароскопічної операції з приводу трубної вагітності, що включає туботомію і видалення плідного яйця, який **відрізняється** тим, що під контролем лапароскопа спочатку у брижу маткової труби вводять розчин у складі 1 мл 0,18 % адреналіну та 4 мл 12,5 % етамзилату на 100 мл 5,0 % амінокапронової кислоти, після чого виконують туботомію та вилучення плідного яйця з маткової труби.

Спосіб належить до медицини, а саме до невідкладної гінекології, і може бути використаний при виконанні лапароскопічних операцій з приводу трубної вагітності.

Найближчим до запропонованого є спосіб виконання гемостазу під час туботомії за допомогою моно- та біполярної електрохірургії [1].

Однак цей метод зупинки кровотечі з ложа вилученого плідного яйця має суттєвий недолік. Так, при гемостазі методом електрокоагуляції травмуються м'язовий та слизовий шари маткової труби, що може спричинити або її повну оклюзію, або функціональну неспроможність для транспорту заплідненої яйцеклітини до тіла матки.

В основу корисної моделі поставлено задачу вдосконалення способу досягнення гемостазу маткової труби після вилучення плідного яйця шляхом введення перед туботомією у мезосальпінкс (брижу) гемостатичного розчину, що дозволяє надійно спинити капілярну кровотечу з мінімальною травмою труби після вилучення плідного яйця та зменшити об'єм інтраопераційної кровотечі. Поставлена задача вирішується тим, що, згідно корисної моделі, під контролем лапароскопа перед початком туботомії та вилученням плідного яйця в брижу маткової труби вводять розчин у складі: 1 мл 0,18% адреналіну та 4 мл 12,5% етамзилату на 100 мл 5,0% амінокапронової кислоти, після чого виконують туботомію та вилучення плідного яйця з маткової труби.

Спосіб здійснюють таким чином:

- проводять лапароскопічну ревізію органів малого таза і черевної порожнини;

- через додатковий прокол черевної стінки в черевну порожнину вводять гостру тонку голку довжиною 20 мм для виконання спінальної анестезії;

- через голку в брижу маткової труби вводять розчин у складі 1 мл 0,18% адреналіну та 4 мл 12,5% етамзилату на 100 мл 5,0% амінокапронової кислоти. Кількість введенного гемостатичного розчину не перевищує 20 мл;

- монополярним електродом-гачком здійснюють лінійну туботомію, після чого з маткової труби вилучають плідне яйце;

- за потребою, гемостаз із великих судин здійснюють біполярним електродом;

- вилучають плідне яйце через боковий троакар;

- заключним етапом є санація розчином фурациліну до чистої води і дренирування порожнини малого таза.

Запропонованим способом проведено 30 операцій.

Приклад конкретного виконання способу.

Хвора В., 22 років. Звернулась до відділення гінекології зі скаргами на біль внизу живота, більше справа, з іррадіацією у пряму кишку, мажучі кров'яні виділення з піхви, які з'явилися після затримки менструації на 12 днів, загальну слабкість, нудоту. При клінічному та лабораторному обстеженні: загальний стан задовільний, пульс – 74 уд/хв, артеріальний тиск –

(13) U
(11) 31495
(19) UA

115/70мм.рт.ст. Пальпація живота болісна, але симптоми подразнення очеревини відсутні. Вагінально: тіло матки не збільшене. Шийка матки чутлива при зміщенні. Придатки справа збільшені, болісні. Заднє склепіння піхви не нависає, але різко болісне при доторканні. Клінічне та лабораторне обстеження виконано ургентно. Під час ультразвукового дослідження додатково виявлено в малому тазі 70мл рідини, в порожнині матки вагітність відсутня, в проекції правої маткової труби додаткове утворення діаметром 22мм. Сечовий тест на хореанічний гонадотропін людини (ХГЧ) позитивний. В анамнезі у хворої вагітності не було. Діагноз: порушена позаматкова вагітність справа, за типом трубного аборт. За невідкладними показаннями хворій проведено оперативне втручання: лапароскопія, лінійна туботомія, видалення плідного яйця, санація та дренування черевної порожнини. Хід операції: в положенні Тренделенбурга через три проколи у типових місцях проведена лапароскопія. Виявлено: в черевній порожнині до 100мл темної крові зі згустками. Тіло матки не збільшене. Ампулярний відділ правої маткової труби стовщений, до 4см у діаметрі, багрово-синього кольору, містить плідне яйце. З фімбріального відділу труби підтікає кров. Інші органи малого таза і черевної порожнини без патологічних змін.

Трансабдомінально, в місці проекції правої маткової труби, введена голка для спінальної анестезії, під контролем оптики в брижу правої маткової труби введено 15мл гемостатичного розчину: 1мл 0,18% адреналіну та 4мл 12,5%

етамзилату на 100мл 5,0% амінокапронової кислоти.

За допомогою монополярного гачка та біполярних щипців виконана лінійна туботомія правої маткової труби. Плідне яйце видалене з маткової труби та вилучене з черевної порожнини через боковий троакар. Гемостаз. Черевна порожнина багаторазово промита розчином фурациліну до чистої води.

Крововтрата при вилученні плідного яйця була мінімальною і не перевищила 5мл. Виконано дренування черевної порожнини. Інструменти і газ виведені. Шовкові шви на шкіру.

Протягом післяопераційного періоду ускладнень не виникло.

Перевагою запропонованого способу порівняно з прототипом є значне зниження кровоточивості тканин маткової труби, що надає можливість виконати туботомію та вилучення плідного яйця з мінімальною крововтратою та без коагуляції дрібних судин маткової труби. Запропонований спосіб надає можливість максимально зберегти анатомічні та функціональні властивості маткової труби, чим забезпечується подальша репродуктивність жінки, і зменшити операційний час, витрачений на досягнення гемостазу, за рахунок простої, швидкої і безпечної маніпуляції.

Література:

1. Кулаков В.И., Адамян Л.В., Мынбаев О.А. Оперативная гинекология - хирургические энергии. – М.: Медицина, 2000. – С.377-381.