



УКРАЇНА

(19) UA

(11) 3506

(13) U

(51) 7 A61B17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ

## ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ  
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під  
відповідальність  
власника  
патенту**(54) СПОСІБ ПЕРЕДОПЕРАЦІЙНОГО ЗМЕНШЕННЯ МАТКИ ДЛЯ ТРАНСВАГІНАЛЬНОЇ ГІСТЕРЕКТОМІЇ З ПРИВОДУ МІОМИ ВЕЛИКИХ РОЗМІРІВ ТА ПОСТГЕМОРАГІЧНОЇ АНЕМІЇ**

1

2

(21) 2004032359

(22) 30.03.2004

(24) 15.11.2004

(46) 15.11.2004, Бюл. № 11, 2004 р.

(72) Запорожан Валерій Миколайович, Гладчук Ігор Зиновійович, Щербіна Ганна Борисівна, Шитова Ганна Валентинівна, Проценко Олександр Олексійович

(73) ОДЕСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

(57) Спосіб передопераційного зменшення матки для трансвагінальної гістеректомії з приводу міоми матки великих розмірів та постгеморагічної анемії шляхом ендovasкулярної оклюзії, який

відрізняється тим, що за 3-6 місяців до запланованої операції хворій під місцевою анестезією виконують пункцію та катетеризацію правої та (або) стегнової артерії за Сельдінгером, після чого вводять катетер у внутрішні клубові артерії, далі - селективно в маткові артерії і через катетер вводять мілкі часточки пінополіуретану доти, поки судини, що живлять фіброматозні вузли, не заблокуються, після чого хворій призначають протизапальну антибактеріальну терапію протягом 3-4 тижнів під наглядом у стаціонарі, спостерігають за розмірами матки протягом 3-6 місяців і при зменшенні розмірів в 2-3 рази проводять трансвагінальну гістеректомію з приводу міоми матки.

Корисна модель відноситься до медицини, а саме до гінекології та судинної хірургії і може бути використаний для оперативного лікування жінок з фіброміомою матки великих розмірів.

Найбільш близьким до запропонованого технічного рішення є спосіб передопераційного зменшення матки шляхом застосування агоністів гонадотропних релізгормонів (АГРГ) протягом щонайменше трьох місяців (1), що дозволяє зменшити розміри матки перед операцією і надає можливість видалити матку трансвагінальним шляхом при її великих розмірах та постгеморагічній анемії.

Недоліком вказаного способу є те, що курс лікування АГРГ протягом трьох місяців є доволі дорогим і не завжди зменшує розміри матки в достатній мірі. При застосуванні АГРГ є ризик тромбоемболічних ускладнень та він протипоказаний при захворюваннях печінки, нирок. Внаслідок гіпоестрогенії підвищується ризик гнійно-септичних ускладнень та порушення загоєння кукси піхви у післяопераційному періоді.

В основу корисної моделі поставлена задача вдосконалення способу передопераційного зменшення матки для трансвагінальної гістеректомії з приводу міоми матки великих розмірів шляхом пункції та катетеризації та (або) стегнової артерії, під час яких вводять пінополіуретан, після чого

проводять протизапальну терапію, що дозволить виконувати малоінвазивне оперативне втручання, покращити загоєння рани і післяопераційні показники.

Поставлена задача вирішується тим, що, після гістологічного дослідження ендометрію за 3-6 місяців до запланованої операції, згідно з винаходом, хворій під місцевою анестезією виконують пункцію та катетеризацію правої та (або) стегнової артерії за Сельдінгером, після чого вводять катетер у внутрішні клубові артерії, далі - селективно в маткові артерії і через катетер вводять мілкі часточки пінополіуретану доти, доки судини, що живлять фіброматозні вузли, не заблокуються, після чого хворій призначають протизапальну антибактеріальну терапію протягом 3-4 тижнів під наглядом у стаціонарі, спостерігають за розмірами матки на протязі 3-6 місяців і при зменшенні розмірів в 2-3 рази проводять трансвагінальну гістеректомію з приводу міоми матки.

Спосіб здійснюється наступним чином.

Після гістологічного дослідження ендометрію за 3-6 місяців до запланованої операції в спеціалізованій рентген операційній, яка обладнана комплексом "BV 212" фірми "Philips", під місцевою інфільтраційною анестезією виконують пункцію та катетеризацію правої та (або) стегнової артерії за Сельдінгером.

(13) U

(11) 3506

(19) UA

На фіг.1 зображена ангіограма басейну лівої артерії до емболізації, на фіг.2 - те ж саме - після емболізації, де:

- 1 - ліва маткова артерія,
- 2 - ліва лонна кістка,
- 3 - судини фіброматозного вузла,
- 4 - криж,
- 5 - мілкі клаатералі,
- 6 - сечовий міхур.

Катетер 5-7 F(1F=0,33 мм) типу "Кобра" на провіднику під рентген-контролем вводять у внутрішні клубові артерії, далі - селективно в маткові артерії (фіг.1). Через катетер вводять мілкі часточки пінополіуретану до тих піп. поки судини, що живлять фіброматозні вузли, не заблокуються (фіг.2). Хвора знаходиться у стаціонарі протягом 3-4 діб. Призначаються не стероїдні протизапальні засоби, антибактеріальні препарати ненаркотичні анальгетики. Протягом 3-6 місяців проводиться спостереження і в залежності від швидкості зменшення розмірів матки визначається остаточно дата трансвагінальної гістеректомії.

Приклад. Хвора М.. 1956 р. народження, „N" історії хвороби - 897.

Діагноз: Симптом на вузловата фіброміома матки 18-20 тиж. Атипічна залозисто-кистозна гіперплазія ендометрію.

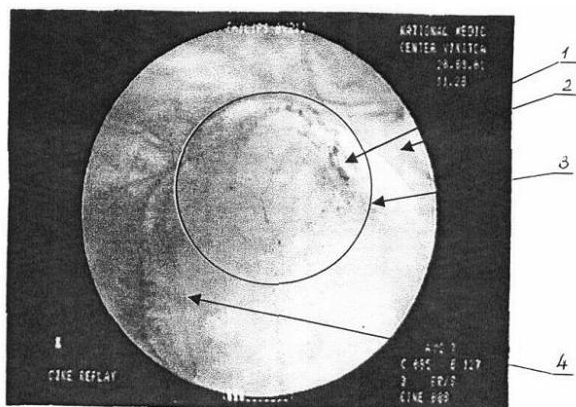
Пацієнтці 20.09.01 проведено емболізацію маткових артерій. Після операційний перебіг без особливостей. Функція сечового міхура, прямої кишки не змінена. При повторному огляді через 3 та 6 місяців - прогресуюче зменшення розміру матки до 16, в подальшому - до 14 тижнів вагітності, аменорея. Функція суміжних органів не порушена.

14.04.02 виконано трансвагінальну екстирпацію матки без додатків Ускладнень під час операції та у післяопераційному періоді не встановлено.

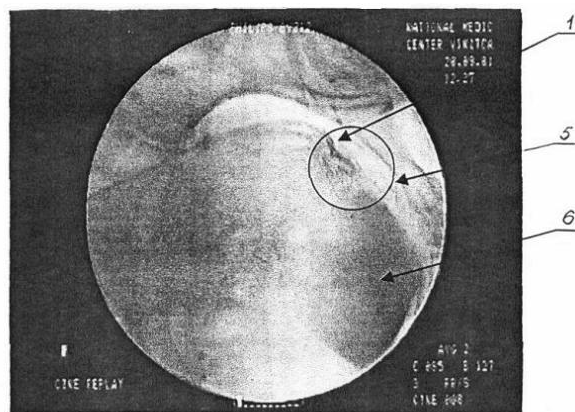
В порівнянні з прототипом, застосування запропонованого способу зменшення матки дозволяє виконувати малоінвазивне оперативне втручання, запобігає розвитку гіпоестрогенного стану, що покращує загоєння рани та післяопераційні показники.

Література:

1. Lumsden MA, West SP, Thomas E et al. Treatment with GnRH agonist goserelin before hysterectomy for uterine fibroids. Br.J.Obstet.Gynaecol. 1994;101 : 438-42.



Фиг. 1



Фиг. 2