



УКРАЇНА

(19) UA

(11) 4142

(13) U

(51) 7 A61B17/42

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІОПИС  
ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ  
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під  
відповідальність  
власника  
патенту

(54) СПОСІБ ВЕДЕННЯ ПОЛОГІВ ПРИ КЛІНІЧНО ВУЗЬКОМУ ТАЗІ ПО І.АМРО

1

(21) 2004020764

(22) 03.02.2004

(24) 17.01.2005

(46) 17.01.2005, Бюл. № 1, 2005 р.

(72) Амро Ірина Геннадіївна

(73) Амро Ірина Геннадіївна

(57) 1 Спосіб ведення пологів при клінічно вузькому тазі або при звуженому тазі 1 ступеня, що включає розтин лобкового симфізу, який відрізняється тим, що розтин лобкового симфізу здійснюють до відходження навколоплідних вод з наступною стабілізацією тазового кільця.

2

2. Спосіб за п.1, який відрізняється тим, що під час пологів по зовнішній поверхні тазових кісток, клубової кістки, а також в підшкірній клітковині передньої стінки черева проводиться гнучкий шнур, вільні кінці якого з'єднуються між собою, утворюючи замкнене коло.

3. Спосіб за пп.1, 2, який відрізняється тим, що гнучкий шнур розташовується в площині поперечного перерізу таза, над передньо-нижніми осями крижових кісток.

Корисна модель належить до медичної техніки і способів лікування, а саме до акушерства і гінекології, безпосередньо до ведення пологів при анатомічно і клінічно вузькому тазі.

Відомий спосіб ведення пологів через природні шляхи при звуженому тазі із застосуванням вакуум-екстракції, використанням акушерських щипців, викликання передчасних пологів, поворот на ніжку. Їх застосування нерідко супроводжувалося появою різноманітних ускладнень: передчасне витікання навколоплідних вод, аномалії пологової діяльності, зтягнуті пологи, поява сечостатевої і сечокалових свищів, розриви промежини, крововилив в мозок плода, асфіксії та інше /И.С.Сидорова, М.А. Ботвин Узкий таз в современном акушерстве. -Советская медицина, 1989. - №10. -С.44-49/.

Загальним недоліком цього найбільш відомого способу є те, що при ньому не усувається основна причина появи вищезазначених ускладнень - наявність звуження кісткової частини пологового каналу

Найбільш близькою до способу є запропонована І.ХІІ.1768р. А. Зіголом і здійснена операція симфізотомії. Суть якої в тому, що хірургічним інструментом повністю розскаються зв'язки донного симфізу /А.А. Агаров "Оперативное акушерство". Ереван, 1961. -С.26/.

Недоліком відомого способу ведення пологів при вузькому тазі є те, що він застосовувався при значних звуженнях тазових розмірів, без урахування фізіологічних меж безпечного зсуву тазових кісток. Недоліком відомого способу є те, що його

використання відбувалось після довгого вичікування, коли виявлялись підстави для негайного завершення пологового процесу, наприклад асфіксія плода, або загроза життю матері. Недоліком відомого способу є і те, що одномиттєвий розтин зв'язок лобкового симфізу призводив до неконтрольованого по розміру і стрімкого по швидкості розходження тазових кісток, пошкодження крижово-клубових суглобів з формуванням позачеревної гематоми. Крім того, у відомому способі не передбачено засобів малотравматичної стабільної фіксації тазових суглобів для ранньої активізації в післяпологовому періоді.

Поставлене завдання вирішується тим, що розтин зв'язок лонного симфізу для релаксації тазового кільця застосовується при звуженнях таза тільки першого ступеня або при наявності "клінічно вузького таза". Застосування пропонованого способу відбувається під час пологів до відходження навколоплідних вод після встановлення звуження таза першого ступеня.

Поставлене завдання вирішується і тим, що під час пологів по зовнішній поверхні тазових кісток, клубової кістки, а також в підшкірній клітині передньої стінки черева проводиться гнучкий шнур, вільні кінці якого поєднуються між собою, утворюючи коло; гнучкий шнур при цьому розташовується в площині поперечного розтину таза над передньо-нижніми вісями крижачкових кісток. Пристрій має гнучкий шнур, вільні кінці якого з'єднані між собою послідовно розташованими на них фіксатором і вузлом з тарованою пружиною, який натягується.

(13) U

(11) 4142

(19) UA

Передумовою для здійснення пропонованого способу є той анатомічний факт, що рівні поперечного розтину, проведеного на горизонтальній площині на зовнішній поверхні кісток тазу не розташовані магістральні судинно-нервові утворення, так само як і в підшкірній клітині передньої стінки черева.

На Фіг. представлено схематичне зображення способу ведення пологів по І. Амро і пристрій для його здійснення.

Пристрій складається з гнучкого шнура /елементу/ 1, який виконаний у вигляді металевого дроту, або іншого біологічного інертного матеріалу, що наділений необхідною міцністю. Вільні кінці гнучкого елемента 1 поєднані між собою послідовно розташованими на ньому фіксатором 2 і натягаючий пристрій 3 з тарованою пружиною 4, гайкою 5, стопорним гвинтом 6.

Використання запропонованого способу може бути ефективним тільки при виявленні звуження розмірів тазової порожнини в межах першого ступеня або при наявності "клінічно звуженого тазу". Здійснювати це втручання при більш високих ступенях звуження є недоцільним і може дискредитувати його, маючи на увазі появу різних ускладнень з боку м'яких тканин порожнини, а також надмірного ушкодження крижово-клубових суглобів. Здійснювати це втручання слід до відходження навкоплідних вод, без надмірного вичікування просування пологів, а саме як тільки буде виявлена невідповідність розмірів предлежачої частини і тазової порожнини.

Спосіб здійснюється таким шляхом. Після підготовки операційного поля, під загальним або місцевим знеболюванням в зоні симфізарного сполучення скальпелем чи спеціальним інструментом здійснюється розтин шкіри і тканин.

Вказівним пальцем тупо проходять по задній

поверхні симфізу, відштовхуючи сечовий міхур і сечовипускальний канал. Після чого симфіз розтинається згори до низу, де розтин повертають під тупим кутом відповідно нижньої пілки лобкової кістки.

Для протидії надмірному розходженню тазових кісток довгою голкою /не вказана на схемі/ в проекції над нижньо-передньою віссю крижачкової кістки робиться укол, дотикаючись до зовнішньої поверхні тазових кісток кінцем голки з виходом на зовнішню поверхню шкіри. В місці уколу робиться новий укол з наступним зануренням лавсанової нитки. Уколи і виколи робляться на рівні однієї площини, розташованої над передньо-нижньою віссю тазових кісток, обертаючись навколо тазу. При проведенні голки на ділянці передньої стінки порожнини черева вона також розташовується у підшкірній клітині. Після кругового проведення лавсанової нитки до неї приєднується гнучкий шнур 1, який при витягуванні лавсанової нитки займає її місце навкруги тазових кісток. Вільні кінці гнучкого шнура 1 проводяться крізь фіксатор 2, натягаючий пристрій 3 з пружиною 4, гайкою 5 і фіксуються стопорним гвинтом 6. При обертанні гайки 5 створюється необхідний натяг гнучкого шнура 1 в залежності від конкретних клінічних умов, що забезпечує контрольованість зсуву тазових кісток.

Циркулярно проведений гнучкий шнур 1, завдяки наявності пружини 4 еластично протидіє надмірному розходженню тазового кільця. Після народження плоду обертанням гайки 5 створюється максимальний натяг гнучкого шнура 1, вільні кінці якого поєднуються між собою стисканням фіксатора 2 і занурюються в підшкірну клітину.

Стабілізація газового кільця за пропонованим способом сприяє відновленню опорної функції тазу в оптимальні терміни, забезпечує ранню активізацію жінок в післяпологовому періоді.

