



УКРАЇНА

(19) UA (11) 71347 (13) A

(51) 7 A61B17/42

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

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

1

2

(21) 20031212166

(22) 23.12.2003

(24) 15.11.2004

(46) 15.11.2004, Бюл. № 11, 2004 р.

(72) Амро Ірина Геннадіївна

(73) Амро Ірина Геннадіївна

(57) Спосіб ведення пологів при вузькому тазі, що включає розтин лобкового симфізу, який **відрізняється** тим, що розтин лобкового симфізу здійснюють на рівні не менше половини висоти симфізу з обов'язковим розтином верхньої лобкової зв'язки.

Винахід 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 /Галина Г.В. "Диагностика и тактика ведения родов у женщин с поперечносуженным тазом". - Автореф., канд. дисс. мед. наук. - М., 1987/.

Загальним недоліком цього найбільш відомого способу є те, що при ньому не усувається основна причина появи вищеназваних ускладнень наявності звуження кісткової частини пологового каналу.

Найбільш близьким по своїй суті до запропонованого способу є здійснена Зіголом в 1777 році операція симфізіотомії. Суть її полягає в тому, що через поперечний розтин довжиною 2 см, саме над лобковим пагорбком, через підшкірну фасцію, підшкірний шар і фасцію прямого м'яза вказівним пальцем тупо проходять по задній поверхні симфізу, відштовхуючи сечовий міхур і сечовипускальний канал. Після цього симфіз розтинається згори до низу /Агаров А.М. "Оперативное акушерство", Ереван, 1961. - с.26/.

Недоліком відомого способу ведення пологів є неконтрольоване по розміру і стрімке по швидкості розходження тазових кісток. Це обумовлено тим, що одночасний розтин усіх зв'язок лобкового сим-

фізу, які за нормою витримують навантаження до 200 кг, різко зменшує міцність тазового кільця і його протидію тискові передлежачої частини плода. У зв'язку з цим виникає перенавантаження м'яких тканин тазового дна внаслідок чого замість розтягнення виникають розриви не тільки м'яких тканин пологового каналу, промежини, а й сполучень тазових кісток на зразок "відкритої книги" з формуванням позачеревної гематоми. Слід підкреслити, що вірогідність появи цих ускладнень зростає у прямій пропорції до розмірів звуження тазу, яке усувається.

За основу винаходу поставлено завдання створити такий спосіб ведення пологів, який би забезпечував збільшення фізіологічної можливості розсування лобкових кісток та збільшення розмірів порожнини тазу при мінімальному травмуванні матері та плоду.

Поставлене завдання вирішується тим, що розтин лобкового симфізу здійснюється на рівні не менш половини висоти симфізу з обов'язковим розтином верхньої лобкової зв'язки.

Передумовою для даного способу є те, що анатомічними дослідженнями показано, що верхня і нижня дугоподібні зв'язки лобкового симфізу мають різний вплив на міцність лонного симфізу: так для розширення входу тазу потрібне зусилля вдвічі більше, ніж для розширення виходу з тазу.

На фіг. представлено схематичне зображення взаємовідношення кісток тазу, що розсуваються і зв'язок симфізу, що розтинались, в процесі їх пересування при хірургічній релаксації тазового кільця.

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

(13) A

(11) 71347

(19) UA

здійснюється розтин шкіри і тканин, що прилягають на рівні не менше половини висоти симфізу. При зануренні інструменту між лонними кістками розтинаються елементи цього зв'язку з обов'язковим розтином верхньої лобкової /1/ зв'язки, розташованої на поверхні верхньої гілки лобкової кістки /2/. Нижня лобкова зв'язка /3/ залишається нерозітнутою. В залежності від конкретних клінічних умов, може бути здійснене розведення стегон розсування лобкових кісток, але не більш ніж на 5см. Після цього стегна утримуються в досягнутій позиції, обмежуючи цим подальше пересування лобкових кісток. Треба взяти до уваги, що часи, коли зустрічались великі звуження тазу, увійшли в далеке минуле. При незначних звуженнях тазу і вичікуваній тактиці ведення пологів буде достатнім досягнутої частковою симфізіотомією релаксації тазового кола. Ця можливість базується на тому, що при аналізі пологового процесу відмічається послідовне скорочення його відповідно збільшен-

ню ширини лобкового з'єднання. Так, якщо ширина лобкового діастазу дорівнює 5,5-5,6мм, то загальна тривалість пологового процесу у середньому складає 20г. 20хв. При значенні 12-13мм - пологовий акт триває в середньому 7г. 10хв. або на 13г. /64%/ менше. Такі взаємодійності цих показників є ще більш вразливими при повторних пологах.

Таким чином, застосування хірургічної релаксації тазового кільця за запропонованим способом може обмежити застосування кесаревого розтину по відносним підставам. Маючи у резерві цю операцію стає можливим довше вичікувати природне завершення пологів, тим більше, що ніколи не можна передбачити здатність голівки міняти конфігурацію. Хірургічна релаксація тазового кільця знижує його протидію просуванню голівки плода, знижує тиск на неї, що є профілактикою виникнення крововиливу в мозок плода, появи дитячого церебрального паралічу.

