



УКРАЇНА

(19) UA

(11) 88809

(13) C2

(51) МПК (2009)

A61B 17/94

A61K 31/137

A61K 31/197 (2009.01)

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ

## ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА ВИНАХІД

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

1

2

(21) а200713999

(22) 13.12.2007

(24) 25.11.2009

(46) 25.11.2009, Бюл.№ 22, 2009 р.

(72) ГЛАДЧУК ІГОР ЗІНОВІЙОВИЧ, НАЗАРЕНКО  
ОЛЕГ ЯРОСЛАВОВИЧ, РОЗМОШ ГАННА ВОЛО-  
ДИМИРІВНА

(73) ОДЕСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІ-  
ВЕРСИТЕТ

(56) UA 35240 A, 15.03.2001

RU 2186538 C1, 10.08.2002

RU 2299069 C2, 20.05.2007

(57) Спосіб досягнення гемостазу при виконанні лапароскопічної операції з приводу трубної вагітності шляхом туботомії і видалення плідного яйця, який відрізняється тим, що під контролем лапароскопа спочатку у брижу маткової труби вводять розчин у складі 1мл 0,18% адреналіну та 4мл 12,5% етамзилату на 100мл 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 винаходу 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 крововтрати.

Поставлена задача вирішується тим, що, згідно винаходу, під контролем лапароскопа перед початком туботомії та вилученням плідного яйця в брижу маткової труби вводять розчин у складі: 1мл 0,18% адреналіну та 4мл 12,5% етамзилату на 100мл 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 20мм для виконання спінальної анестезії;

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

- 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 дренивання порожнини малого таза.

Запропонованим способом проведено 30 операцій.

Приклад конкретного виконання способу.

Хвора В., 22 років. Звернулася до відділення гінекології зі скаргами на біль внизу живота, біль-

(13) C2

(11) 88809

(19) UA

ше 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 - 115/70 мм 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 70 мл рідини, в порожнині матки вагітність відсутня, в проекції правої маткової труби додаткове утворення діаметром 22 мм. Сечовий тест на хореанічний гонадотропан 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 100 мл темної крові зі згустками. Тіло матки не збільшене. Ампулярний відділ правої маткової труби стовщений, до 4 см 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 ане-

стезії, під контролем оптики в брижу правої маткової труби введено 15 мл гемостатичного розчину: 1 мл 0,18% адреналіну та 4 мл 12,5% етамзилату на 100 мл 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 5 мл. 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 энергет. - М.: Медицина, 2000. - С.377-381.