



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **17481** (13) **U**
(51) МПК (2006)
A61B 17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ФІБРОМІОМУ МАТКИ

1

2

(21) u200604701

(22) 27.04.2006

(24) 15.09.2006

(46) 15.09.2006, Бюл. № 9, 2006 р.

(72) Свінціцький Валентин Станіславович, Полонська Лариса Нилівна

(73) ІНСТИТУТ ОНКОЛОГІЇ АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ

(57) Спосіб лікування хворих на фіброміому матки, що включає хірургічне видалення фіброматозних вузлів із збереженням органа, який **відрізняється** тим, що перед видаленням фіброматозних вузлів затискують вихідні гілки маткових судин і тимчасово виключають матку із кровообігу.

Заявка відноситься до галузі медицини, зокрема, до онкології, і може використовуватись при лікуванні хворих на фіброміому матки.

Фіброміома матки - гормонально-залежна доброякісна пухлина, яка відноситься до одного з найчастіших захворювань у жінок різних вікових груп. Вплив фіброміоми на виникнення різних системних порушень в організмі жінок, менструальної та репродуктивної функції, перебіг гестаційного періоду, зниження якості життя обумовлює актуальність проблеми, пошук способів оптимального лікування. Своєчасне видалення пухлини сприяє відновленню системних порушень, реалізації репродуктивної функції [1].

Основним методом лікування хворих на фіброміому матки є хірургічний. Стандартними операціями є видалення органу (гістеректомія або надпівхова ампутація). Значно рідше у жінок репродуктивного віку виконується консервативна міомектомія, яка дозволяє зберегти орган, менструальну та репродуктивну функції [2].

Окремої уваги заслуговують хворі з фіброміомами матки великих розмірів, у яких виконання консервативної операції більш тривале, травматичне, супроводжується значною інтраопераційною крововтратою, яка потребує лікування в післяопераційному періоді. Величина крововтрати залежить не тільки від розмірів фіброматозних вузлів, а також від їх локалізації і відношення до судин матки. Загроза значної інтраопераційної крововтрати у хворих на фіброміоми великих розмірів нерідко

призводить до відмови від органозберігаючого обсягу хірургічного втручання.

Прототипом запропонованого способу лікування є метод консервативної міомектомії Кліффорда Р. Уїллеса [Клиффорд Р. Уиллис Удаление миоматозных маточных узлов // Атлас тазовой хирургии. - М.: ООО "Мед. лит.", 1999. - С.216], в якому описана методика проведення міомектомії [4]. Після лапаротомії та ревізії органів черевної порожнини розтинається серозний та м'язовий шар матки до вузла. Вузол захвачується кульовими щипцями і виділяється із оточуючого міометрія. Перетинається фіброзна ніжка вузла. Залишок м'язової і серозної тканини видаляється. На міометрії накладають два шари швів з синтетичної абсорбуючої нитки. Серозний шар на матці відновлюється такою ж ниткою.

Позитивним у прототипі є те, що така методика хірургічного втручання дозволяє видалити фіброматозні вузли із збереженням органу.

Недоліком прототипу є те, що при такому способі видалення фіброматозних вузлів можлива значна крововтрата, яка має певні негативні наслідки для організму хворої і потребує післяопераційного лікування. Видалення залишку м'язової тканини з косметичною метою зменшує обсяг функціонального міометрію.

В основу корисної моделі поставлено задачу - створити спосіб хірургічного лікування хворих на фіброміому матки шляхом тимчасового затискування висхідних гілок маткових судин і виключення матки

(19) **UA** (11) **17481** (13) **U**

з кровообігу, що дасть можливість зменшити інтраопераційну крововтрату.

Поставлена задача вирішувалась таким чином:

З метою зменшення інтраопераційної крововтрати у хворих на фіброміому матки з великими розмірами вузлів, під час консервативної міомектомії нами використалась методика тимчасового виключення матки з кровообігу шляхом затискання висхідних гілок маткових судин атравматичними затискачами.

Після проведення лапаротомії і ревізії органів малого тазу і черевної порожнини визначають кількість фіброматозних вузлів матки, їх локалізацію та розміри. На висхідні гілки маткових судин з правої та лівої сторони матки накладають атравматичні затискачі, які тимчасово виключають матку з кровообігу і забезпечують надійний гемостаз під час виконання основного етапу операції. Під час видалення міоматозних вузлів виконують раціональні розтини, враховуючи топографію судин, м'язових і нервових волокон матки. Фіброматозні вузли видаляють гострим або тупим шляхом. Стінку матки ушивають пошарове нитками, що розсмоктовуються. Після основного етапу операції, який виконується за 10-20 хвилин, затискачі знімають. Повторно перевіряють гемостаз після відновлення кровообігу в матці, при необхідності накладають додаткові шви на матку.

Показаннями до застосування запропонованого способу лікування є наявність фіброматозних вузлів різних розмірів, бажання хворої зберегти репродуктивну та менструальну функцію.

Перевагою запропонованого способу є значне зменшення інтраопераційної крововтрати і порушень гомеостазу, анатомо-фізіологічне зіставлення шарів матки, що забезпечує надійність сформованого рубця.

Клінічні випробування способу проведені у відділенні онкогінекології Інституту онкології АМН України при лікуванні хворих на фіброміому матки.

За даною методикою проведено хірургічне втручання у 24 хворих. Чинниками ефективності запропонованого способу були: зменшення інтраопераційної крововтрати, стабільність гемодинаміки, зменшення перебування хворої в стаціонарі, здешевлення лікування, збереження репродуктивної функції.

Переконливим доказом ефективності застосування запропонованого способу лікування хворих на фіброміому матки є витяги з історій хвороб 3 хворих.

I. Хвора Ш., 1970 року народження (історія хвороби №99-6006). Поступила в відділення онкогінекології 15.10.1999 року з діагнозом: фіброміома матки. 18.10.1999 року хворій виконана операція: видалення фіброматозного вузла з тимчасовим виключенням матки з кровообігу.

Після лапаротомії і ревізії органів малого тазу і черевної порожнини виявлено: фіброматозний вузол до 15см в діаметрі локалізувався інтрамурально в задній стінці матки. Атровматичні затискачі накладались на висхідні гілки маткових судин. Вузол видалявся гострим і тупим шляхом. Цілість маткової стінки відновлена пошарове. Затискачі

зняті. Додатковий гемостаз за допомогою прошивання стінки матки нитками, що розсмоктовуються. Черевна порожнина дренована. Передня черевна стінка відновлена пошарове. Загальна інтраопераційна крововтрата 230мл. Післяопераційний період без ускладнень. Патогістологічний висновок №15452-7/99: лейоміома.

Хвора спостерігалась за місцем проживання. В 2002 році самостійно народила дитину. Рецидиву захворювання не виявлено.

II. Хвора Д., 1972 року народження (історія хвороби №0927). Поступила в відділення онкогінекології 05.02.2002 року з діагнозом: вузлова фіброміома матки. 06.02.2002 року виконана операція в обсязі видалення фіброматозного вузла. В процесі операції після лапаротомії і ревізії органів малого тазу і черевної порожнини діагностовано: фіброматозний вузол в діаметрі до 18см, розташований інтрамурально в передній стінці матки, вузол до 7см в діаметрі, розташований субсерозно на задній стінці матки. Атровматичні затискачі накладені на висхідні гілки маткових судин. Фіброматозні вузли видалені, матка ушита пошарове. Затискачі зняті. Черевна порожнина дренована. Черевна стінка ушита пошарове. Післяопераційний період без ускладнень. Патогістологічний висновок №2654-59/02: ангіолейоміома.

Хвора спостерігалась за місцем проживання. В 2004 році шляхом кесаревого розтину народила дитину.

III. Хвора Ф., 1977 року народження (історія хвороби №5606). Поступила в відділення онкогінекології 29.08.2001 року з діагнозом: вузлова фіброміома матки. 29.08.2001 року виконана операція: видалення пухлини матки. В процесі операції після лапаротомії і ревізії органів малого тазу і черевної порожнини діагностовано: в ділянці дна матки інтрамурально розташований вузол до 20см в діаметрі, по передній стінці розташований вузол до 3см в діаметрі. На висхідні гілки маткових судин накладені атравматичні затискачі. Фіброматозні вузли видалені, ложе їх ушито окремими швами, затискачі зняті. Черевна порожнина дренована, зовнішня черевна стінка пошарове відновлена. Загальна крововтрата склала 240мл. Післяопераційний період пройшов без ускладнень. Патогістологічний висновок №766-72/2001: лейоміома матки.

Хвора спостерігалась за місцем проживання. В 2003 році самостійно народила дитину.

Таким чином, у результаті проведення хірургічного втручання у хворих на фіброміому матки за методикою тимчасового виключення матки з кровообігу шляхом затискання маткових судин атравматичними затискачами значно зменшується відсоток інтраопераційної крововтрати, зберігається менструальна та репродуктивна функції, покращуються віддаленні результати та якість життя хворих.

Джерела інформації:

1. Гилязутдинов И.А., Хасанов Р.Ш. Опухоли гормонозависимых и гормонопродуцирующих органов // М.: МЕД пресс-информ, 2004. - 455с.

2. Савицкий Г.А., Савицкий А.Г. Миома матки. Проблемы патогенеза и патогенетической терапии // "ЭЛБИ-СПБ", 2003. - 236с.

3. Вихляева Е.М. Руководство по диагностике и лечению лейомиомы матки // М.: МЕД пресс-информ, 2004. - 400с.

4. Клиффорд Р.Уиллис Удаление миоматозных маточных узлов // Атлас тазовой хирургии. - М.: ООО "Мед. лит.", 1999. - С.216 (прототип).