



УКРАЇНА

(19) UA (11) 37727 (13) A

(51) 6 A61B17/00

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

(54) СПОСІБ ЕКСТРАПЕРИТОНЕАЛЬНОГО КЕСАРЕВА РОЗТИНУ

(21) 2000041998

(22) 07.04.2000

(24) 15.05.2001

(33) UA

(46) 15.05.2001, Бюл. № 4, 2001 р.

(72) Золотухін Микола Семенович, Бутіна Людмила Іванівна

(73) Донецький державний медичний університет ім. М. Горького

(57) Спосіб екстраперитонеального кесарева розтину, який включає поперечний розріз матки у нижньому сегменті нижче неушкодженої матково-міхурової складки очеревини, витягнення плоду та посліду, зашивання розрізу на матці та передньої черевної стінки від апоневрозу, який **відрізняється** тим, що виконують поперечний поверховий

розріз шкіри на 2 см вище лонного поєднання, з наступним заглибленням розрізу по середній лінії через підшкіряну клітковину з одночасним розрізом апоневрозу та тупим розведенням всіх шарів передньої черевної стінки вздовж лінії розрізу шкіри до очеревини, тупо відділяють від лонного поєднання з обох боків лоно-міхурові зв'язки, потім тупо роз'єднують передміхурову фасцію посередині в області верхівки сечового міхура нижче матково-міхурової складки, відшаровують паравезикальну клітковину з лівого боку до верхівки та далі до правого боку сечового міхура та відводять його зліва направо та донизу і оголюють, таким чином, передню поверхню нижнього сегменту матки, а передміхурову фасцію зашивають одиничним швом.

Винахід належить до медицини, а саме - до акушерства та може бути використаний для розродження жінок з високим ризиком виникнення гнійно-септичних ускладнень.

На сучасному етапі найбільш відомим є спосіб екстраперитонеального кесарева розтину за модифікацією Є.М. Морозова, який ми обрали як прототип. Цей спосіб виконують розрізом передньої черевної стінки за Пфанненштілем. Апоневроз відшаровують від м'язів вгору до пупка та вниз до лона. Прямі м'язи живота розділяють тупо. Правий м'яз тупо відділяють від передочеревинної клітковини і відводять вправо. Оголюють правий край матки і складку очеревини. Дещо нижче тупо роз'єднують пухку сполучну тканину і клітковину. Після цього розсікають fascia endopelvina і пальцями проходять під plica vezico-uterina і верхівкою сечового міхура до лівого краю матки, "міст" утворений plica vezico-uterina і верхівкою сечового міхура відводять вліво. Після оголення передньої поверхні нижнього сегменту матки його розрізають у поперечному напрямку, витягують плід і послід. Розріз на матці зашивають кетгуттовим швом [1; 3]. При відновленні цілісності передньої черевної стінки зашивають кожен шар.

Недоліками цього способу є те, що під час поперечного розрізу передньої черевної стінки за Пфанненштілем, виконують відділення апоневрозу від підлягаючих м'язів - це дуже травматизуючий та довгий процес, коли виникає значна кровотеча

із ушкоджених судин, що потребує додаткового часу на гемостаз, тривалість операції до витягнення плода становить від 9 до 25 хвилин, а загальна - від 35 хвилин до 1 г 25 хвилин [4]. Виникають крововиливи, які потім можуть нагноюватися, викликаючи розходження швів на шкірі. Процес відшарування матково-міхурової складки в сторони та до верху досить складний і тривалий процес, та часто призводить до ушкодження очеревини. Тому цей спосіб потребує високої кваліфікації від хірурга, та при поєднанні високого інфекційного ризику із загрозою для життя плоду, коли необхідно досить швидко витягнути його, цей спосіб використувати неможливо.

В основу винаходу поставлено завдання удосконалення способу екстраперитонеального кесарева розтину, в якому забезпечується зменшення тривалості операції, крововтрати, кількості випадків ушкодження очеревини, що призводить до зниження частоти гнійно-септичних ускладнень.

Поставлене завдання вирішується тим, що у способі екстраперитонеального кесарева розтину, який включав поперечний розріз матки у нижньому сегменті нижче неушкодженої матково-міхурової складки очеревини, витягнення плоду та посліду, зашивання розрізу на матці та передньої черевної стінки від апоневрозу, відповідно винаходу виконують поперечний поверховий розріз шкіри на 2 см вище лонного поєднання, бо це найкращий рівень, щоб підійти до верхівки сечового міхура, з наступ-

ним заглибленням розрізу по середній лінії через підшкіряну клітковину, бо це ділянка з найменшим розташуванням судин, з одночасним розрізом апоневрозу та тупим розведенням всіх шарів передньої черевної стінки вздовж лінії розрізу шкіри до очеревини, тупо відділяють з обох боків від лонного поєднання лоно-міхурові зв'язки, тупо роз'єднують передміхурову фасцію посередині в області верхівки сечового міхура нижче матково-міхурової складки, тупо відшаровують паравезікальну клітковину та відводять сечовий міхур зліва направо та донизу, та оголюють передню поверхню маточного сегменту нижче матково-міхурової складки очеревини, а передміхурову фасцію зашивають одиничним швом.

Спосіб екстраперитонеального кесарева розтину виконують наступним чином. Розріз шкіри виконують у поперечному напрямку на 2 см вище лонного поєднання, бо це найкращий рівень, щоб підійти до верхівки сечового міхура, по середній лінії заглиблюють розріз у підшкіряно-жировій клітковині, це є ділянка з меншим розташуванням судин, з одночасним розрізом апоневрозу на 3 см достатньо, щоб ввести два вказівних пальця і разом із підшкіряною клітковиною тупо єдиним рухом цих пальців обох рук у каудально-краніальному напрямку роз'єднують білатерально вздовж лінії розрізу шкіри. Прямі м'язи живота роз'єднують тупо шляхом білатеральної тракції вздовж лінії розрізу шкіри. Вказівними пальцями обох рук підведеними під кістки лонного поєднання знаходять з обох боків лоно-міхурові зв'язки та тупо від'єднують їх від лонного поєднання. Потім тупо роз'єднують передміхурову фасцію посередині в області верхівки сечового міхура нижче матково-міхурової складки. Відшаровують паравезікальну клітковину з лівого боку до верхівки та далі до правого боку сечового міхура і відводять його зліва направо та донизу і оголюють таким чином передню поверхню нижнього сегменту матки нижче матково-міхурової складки очеревини. Розріз на матці виконують у поперечному напрямку на 2 см достатньо, щоб ввести два вказівних пальця і тупо роз'єднують ними м'язи матки у поперечному напрямку. Після витягнення плоду та посліду стінку матки зашивають безперервним кетгуттовим швом за Реверденом. Передміхурову фасцію в області верхівки сечового міхура зашивають одиничним кетгуттовим швом та залишають у паравезікальній клітковині дренаж, який виводять через контрапертуру з лівого боку розрізу шкіри. М'язи передньої черевної стінки не зашивають, цілісність апоневрозу відновлюють безперервним швом за Реверденом. Шкіру зашивають окремими шовковими швами через великі інтервали.

Суть операції пояснюється малюнками: на фіг. 1 - заглиблення розрізу шкіри по середині у підшкіряно-жировій клітковині з одночасним розрізом апоневрозу на 2-3 см; на фіг. 2 - тупе розведення апоневрозу разом із підшкіряно-жировою клітковиною вздовж розрізу шкіри; на фіг. 3 - тупе розведення прямих м'язів живота; на фіг. 4 - схема розташування очеревини, матки та сечового міхура: 1 - лонне поєднання; 2 - сечовий міхур; 3 - матка; 4 - матково-міхурова складка; 5 - лоно-міхурові зв'язки; 6 - передміхурова фасція.

Наводимо конкретні приклади здійснення способу

1. Вагітна Т., 26 років, історія пологів № 23, звернулася до пологового відділення ДОК ТМО 06.01.99 р. і була прооперована 10.01.99 р. з діагнозом: Вагітність II, 40 тижнів ОАГА, ХВГП, турпологовикликання із амніотомією, первинна слабкість пологової діяльності, тривалий безводний проміжок. Тривалість операції 20 хвилин, крововтрата 400,0, плод витягнуто на 2 хвилині з оцінкою по шкалі Апгар 7-8 балів. Післяопераційний період проходив без ускладнень, шви зняті на 5-ту добу, затягнулися первинним натягненням. Виписана 18.01.99 р.

2. Вагітна П., 22 років, історія пологів № 841, звернулася до пологового відділення ДОК ТМО 22.11.99 р. та була прооперована 24.11.99 р. з діагнозом: Вагітність I, 40 тижнів, ОРСТ I ступеня, пієлоуфрит вагітних, великий плід, гостра внутрішньоутробна гіпоксія плоду, передчасне відшарування нормально розташованої плаценти, прееклампсія тяжкого ступеню ХВГП. Тривалість операції становила 25 хвилин. Крововтрата 450,0, дитина витягнена на 2-й хвилині із оцінкою по шкалі Апгар 7-8 балів. Післяопераційний період проходив без ускладнень, шви зняті на 5-ту добу, затягнулися первинним натягненням. Виписана 03.12.99 р.

Перевагами цього способу екстраперитонеального кесарева розтину є значне зменшення тривалості операції до витягнення плоду (2 хвилини) та загальної (20-25 хвилин), за рахунок виключення етапу відшарування апоневрозу від м'язів, використання тупого розведення тканин зі збереження цілісності судинно-нервових шляхів. Наслідком цього є значне зменшення кількості крововиливів із наступним їх нагноєнням та розходженням швів передньочеревної стінки. Відсутність етапу відшарування матково-міхурової складки від передньої поверхні матки зменшує число ушкоджень очеревини. Використання тупого роз'єднання лонно-міхурових зв'язок та передміхурової фасції, та паравезікальної клітковини дозволяє легко та без ризику ушкодження відвести сечовий міхур зліва направо та донизу і оголити, таким чином, нижній сегмент матки нижче матково-міхурової складки, яка при цьому залишається неушкодженою. Апоневроз зашивають безперервним кетгуттовим швом за Реверденом, що скорочує тривалість операції при кращому поєднанні його країв та надійному гемостазі, та знижує крововтрату під час операції. Розріз на шкірі ушивають окремими шовковими швами через великі інтервали, що сприяє зменшенню набряку та ішемії, які виникають при значній густоті швів [2]. Усі ці переваги способу екстраперитонеального кесарева розтину підтверджені клінічними спостереженнями у 90 породіль.

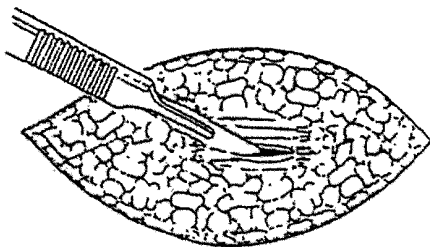
Джерела інформації

1. Давыдов С.Н., Хромов Б.М., Шейко В.З. Атлас гинекологических операций. – М.; Запорожье: Знание, 1998. – 293 с.

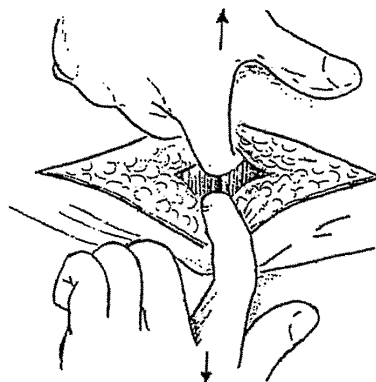
2. Мареева Л.С., Левашова И.И., Шуенко А.И. Некоторые аспекты хирургической тактики абдоминального родоразрешения // Акушерство и гинекология. - 1992. - № 8-12. - С. 27-29.

3. Паращук Ю.С. Історія виникнення та розвитку операції екстраперитонеального кесарева розтину // ПАТ. - 1998. - С. 107-110.

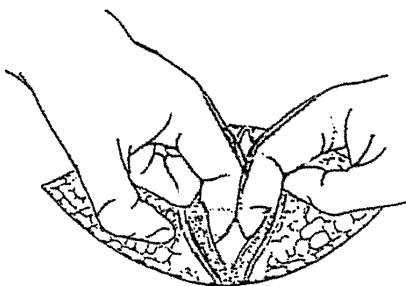
4. Чернуха Е.А., Комиссарова Л.М. Экстраперитонеальное кесарево сечение // Сов. медицина. - 1998. - № 4. - С. 109-112.



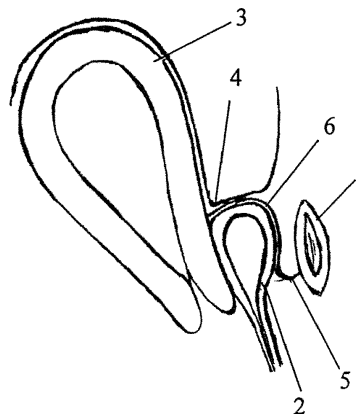
Фіг. 1



Фіг. 2



Фіг. 3



Фіг. 4

ДП "Український інститут промислової власності" (Укрпатент)
Україна, 01133, Київ-133, бульв. Лесі Українки, 26
(044) 295-81-42, 295-61-97

Підписано до друку _____ 2001 р. Формат 60x84 1/8.
Обсяг _____ обл.-вид. арк. Тираж 50 прим. Зам. _____

УкрІНТЕІ, 03680, Київ-39 МСП, вул. Горького, 180.
(044) 268-25-22