



УКРАЇНА

(19) UA (11) 45813 (13) U
(51) МПК (2009)
A61B 17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ОРГАНОЗБЕРІГАЮЧОГО ПРИПИНЕННЯ МАСИВНОЇ МАТКОВОЇ АКУШЕРСЬКОЇ КРОВОТЕЧІ

1

2

(21) u200906337

(22) 18.06.2009

(24) 25.11.2009

(46) 25.11.2009, Бюл.№ 22, 2009 р.

(72) ГОЛЯНОВСЬКИЙ ОЛЕГ ВОЛОДИМИРОВИЧ,
КАМІНСЬКИЙ ВЯЧЕСЛАВ ВОЛОДИМИРОВИЧ

(73) ГОЛЯНОВСЬКИЙ ОЛЕГ ВОЛОДИМИРОВИЧ

(57) Спосіб органозберігаючого припинення масивної маткової акушерської кровотечі, який включає лапаротомію, накладання лігатур на яєчники та

внутрішні клубові артерії, який **відрізняється** тим, що після лапаротомії та виведення матки з черевної порожнини, проводять локальну гіпотермію її задньої стінки, виконують десекцію та перев'язування внутрішньої клубової артерії з обох сторін на відстані 1,0-1,5 см від біфуркації загальної клубової артерії лігатурою вікріл-рапід, продовжують інфузійно-трансфузійну терапію та роблять інтраопераційну паузу до нормалізації тонусу матки та стабілізації гемодинамічних показників.

Корисна модель відноситься до медицини, а зокрема до акушерства та може бути використана для зупинки масивної маткової акушерської кровотечі на тлі клінічних ознак геморагічного шоку зі збереженням репродуктивних органів.

Патологічна кровотеча під час пологів порушує адаптаційні процеси в організмі породіль, призводить до виникнення ускладнень, а надалі до прогресування ранніх та віддалених наслідків. Акушерська кровотеча є однією з важливих проблем сьогодення і залишається головною причиною інвалідизації жінки та материнської смертності.

Відомі способи зупинки маткових кровотеч, що включають лапаротомію і послідовне лігування маткових артерій, яєчникових гілок маткових артерій та судин круглих зв'язок матки з додатковим лігуванням внутрішніх клубових артерій, або ж додатковим прошиванням передньої та задньої стінки матки попереким безперервним кетгутим швом, що дозволяє зменшити об'єм маткової кровотечі. (Чернуха Е.А. Родовой блок. - М.: Триада - Х, 1999. - С. 422-455; Запорожан В.М., Цегельський М.Р. Акушерство і гінекологія. - К.: "Здоров'я", 1996. - С. 96-97).

Проте, ці способи недостатньо ефективні, оскільки повністю не забезпечують зупинку кровотечі з додаткових артерій матки, що може спричинити подальшу крововтрату та виникнення ускладнень.

Відомий і спосіб зупинки маткової кровотечі, який заключається в лапаротомії, перев'язуванні внутрішніх клубових артерій та екстирпації матки

(Пат. №60600 А Україна, МПК А61В 17/00. Спосіб зупинки маткової кровотечі з масивною крововтратою за Нагорною В.Ф. / Нагорна В.Ф.; заявник і патентовласник Одеський державний медичний університет. - №2003010235; заявл. 09.01.2003; опубл. 15.10.2003, Бюл.№10).

В даному випадку, в процесі зупинки кровотечі, передбачається екстирпація матки, що негативно впливає як на здоров'я жінки, так і на її адаптаційний соціальний стан.

Також відомий спосіб зупинки маткової кровотечі, в якому шляхом послідовного лікування маткових артерій, яєчникових гілок маткових артерій, судин круглих зв'язок матки з накладанням кетгутного гемостатичного шва на ребра матки від дна до нижнього сегмента матки забезпечується підвищення ефективності зупинки маткової кровотечі та збереження матки і її придатків (Пат. №52121 А Україна, МПК А61В 17/00. Спосіб припинення маткової кровотечі / Козлов С.В., Потапов В.О., Воронін К.В. та ін.; заявник і патентовласник Дніпропетровська державна медична академія. - №2002021554; заявл. 26.02.2002; опубл. 16.12.2002, Бюл.№12). Проте, і даний спосіб має недоліки, застосування кетгуту є ненадійним при лігуванні судин, може розслаблюватися та призвести до продовження кровотечі. Крім того, накладання гемостатичного шва за даним прототипом може викликати некротичні ускладнення стінок матки.

В основу даної корисної моделі поставлено завдання удосконалити спосіб органозберігаючої

(19) UA (11) 45813 (13) U

зупинки масивної маткової акушерської кровотечі шляхом застосування методики, що дозволить як зберегти матку та придатки, так і попередити розвиток синдрому дисемінованого внутрішньосудинного згортання крові, уникнути виникнення подальших ускладнень.

Поставлене завдання досягається тим, що у способі, який включає лапаротомію, накладання лігатур на яєчникові та внутрішні клубові артерії, згідно з даною корисною моделлю, після лапаротомії та виведення матки з черевної порожнини, проводять локальну гіпотермію її задньої стінки, виконують десекцію та перев'язування внутрішньої клубової артерії з обох сторін на відстані 1,0-1,5см від біфуркації загальної клубової артерії лігатурою вікрил-рапід, продовжують інфузійно-трансфузійну терапію та роблять інтраопераційну паузу до нормалізації тону мати та стабілізації гемодинамічних показників.

Даний спосіб дає можливість зберегти репродуктивний орган. Локальна гіпотермія та перев'язування внутрішніх клубових артерій з обох сторін на відстані 1,0-1,5см від біфуркації загальної клубової артерії і яєчникових артерій зменшує пульсовий тиск і швидкість кровоплину в магістральних судинах матки, що приводить до ішемії матки, її скорочення та локального підвищення згортання крові і, таким чином, до припинення кровотечі. Мінімальний рівень кровообігу в матці підтримується добре розвиненими колатеральними судинами та анастомозами малого таза.

За даними доплерометрії на 3 і 7 добу після операції відмічається зниження кровоплину в судинах матки, систоло-діастолічного та пульсаційного індексів.

Застосування сучасного шовного матеріалу вікрил-рапід, який є значно надійнішим при лігуванні та з часом розсмоктується приводить до повного відновлення кровоплину в судинах матки та до реканалізації гіпогастральних артерій на 12 добу після операції, що підтверджується даними доплерометрії.

Обов'язкова інтраопераційна пауза необхідна для проведення інфузійно-трансфузійної терапії, контролю гемодинамічних показників, гемостазіограми. Спосіб не потребує додаткових матеріальних витрат.

Спосіб виконується наступним чином

Після лапаротомії матка виводиться з черевної порожнини, накривається стерильною серветкою і притискується передньою стінкою до лона, а на задню стінку матки через стерильну пелюшку прикладається лід (локальна гіпотермія). Пальпаторно і візуально знаходять рівень біфуркації загальної клубової артерії. Обережно, щоб не ушкодити сечовід, проводять надріз заднього листка парієтальної очеревини на відстані 4-5см від миса крижів. Проводять десекцію та перев'язування внутрішньої клубової (гіпогастральної) артерії з обох сторін на відстані 1,0-1,5см (I рівень перев'язування) від біфуркації загальної клубової артерії лігатурою вікрил-рапід. На рівні власних зв'язок яєчника накладають лігатуру на яєникову артерію (анастомоз з висхідною гілкою маткової артерії). До нормалізації тону мати та стабілізації гемо-

динамічних показників роблять інтраопераційну паузу (не менше 15 хвилин). Проводять дренування черевної порожнини 2 активними дренажами через контрапертуру з подальшим пошаровим ушиванням передньої черевної стінки. Всі етапи операції виконують на фоні інтенсивної інфузійно-трансфузійної терапії, яка продовжується і в післяопераційному періоді.

Приклад

Вагітна В., 25 років, госпіталізована до пологового будинку з приводу початку пологової діяльності з діагнозом: вагітність I-а 40 тижнів. Головне передлежання плода. Великий плід. Перший період пологів. Перебіг пологів - без ускладнень: народила живого хлопчика масою 4000,0г, зріст - 56см за шкалою Апгар 8-9 балів. Ранній післяпологовий період ускладнився гіпотонічною кровотечею. Застосування комплексу консервативних методів терапії не мали ефекту. Незважаючи на проведення ручної ревізії стінок матки, інфузійно-трансфузійної, утеротонічної терапії кровотеча з матки продовжувалась. Об'єм крововтрати становив близько 1500,0мл; з'явилися клінічні ознаки геморагічного шоку I ступеня тяжкості. Вирішено провести хірургічний гемостаз. Нижньо-серединна лапаротомія. При ревізії органів черевної порожнини виявлено гіпотонічну матку, що не реагує на механічне подразнення, внутрішньовенне введення утеротоніків. Придатки матки - без патологічних змін.

Матку виведено з черевної порожнини і притиснуто передньою поверхнею до лона; на задню стінку - локальна гіпотермія льодом. Враховуючи об'єм крововтрати, стійку гіпотонію матки, клінічні ознаки геморагічного шоку вирішено виконати двостороннє перев'язування гіпогастральних артерій. Проведено десекцію та перев'язування внутрішніх клубових (гіпогастральних) артерій на відстані 1,0см від біфуркації загальної клубової артерії лігатурою вікрил-рапід. Інтраопераційна пауза - 30хв, під час якої проводилась інфузійно-трансфузійна терапія кристалоїдами та препаратами крові. Протягом цього часу відбулася нормалізація тону матки, стабілізація гемодинамічних показників. Проведено дренування черевної порожнини активними дренажами через контрапертуру в клубових ділянках з подальшим пошаровим ушиванням передньої черевної стінки. Інтраопераційна крововтрата - 200,0. Загальна крововтрата - 1700,0мл. В ранньому післяопераційному періоді - інтенсивна терапія в умовах відділення анестезіології. Перебіг післяопераційного періоду - без ускладнень. Інволюція матки відбувалась задовільно й відповідала добі післяпологового періоду. Виписана з акушерського стаціонару на 7-му добу після операції в задовільному стані. За даними доплерометрії на 3 і 7 добу після операції відмічено зниження кровоплину в судинах матки, систоло-діастолічного та пульсаційного індексів. Повне відновлення кровоплину в судинах матки та реканалізація гіпогастральних артерій були відмічені під час проведення доплерометрії на 28 добу після операції.

Таким чином, запропонований спосіб дозволяє зупинити кровотечу, зберегти репродуктивні орга-

ни (матку та придатки) та їх функцію, попередити розвиток синдрому дисемінованого внутрішньосудинного згортання крові, а використання сучасного шовного матеріалу, що з часом розсмоктуєть-

ся, дозволяє відновити кровоплин у перев'язуваних артеріях.

Спосіб рекомендується для впровадження в акушерських відділеннях лікувальних установ.