



УКРАЇНА

(19) UA (11) 37726 (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 КЕСАРЕВА РОЗТИНУ

(21) 2000041997

(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 кесарева розтину, який включає розріз матково-міхурової складки, поперечний розріз матки у нижньому сегменті, витягнення плоду та посліду, зашивання розрізу на матці та передньої

черевної стінки від апоневрозу, який **відрізняється** тим, що виконують поперечний поверховий прямолінійний розріз шкіри на 2-3 см нижче лінії, поєднуючий передньо-поверхові ості з наступним заглибленням розрізу по середній лінії через підшкіряно-жирову клітковину з одночасним розрізом апоневрозу та тупим розведенням всіх шарів передньої черевної стінки вздовж лінії розрізу шкіри, зашивання матки виконують без відновлення цілісності матково-міхурової складки, парієтальну очеревину зашивають матрацим безперервним кетгутовим швом із затягуванням його на зразок кисету.

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

Існує багато способів кесарева розтину.

Один із способів кесарева розтину - коли розріз передньої черевної стінки виконують за Пфанненштілем [1]. Гістеротомію виконують після розрізу матково-міхурової складки та тупого відділення сечового міхура від нижнього сегменту матки, який розрізають поперечним розрізом довжиною 2 см, і потім продовжують розріз в латеральних напрямках ножицями. Витягують плід і послід та розріз на матці зашивають окремими кетгутовими швами. Зашивають матково-міхурову складку окремими кетгутовими швами. Під час відновлення передньої черевної стінки зашивають кожен шар.

Інший спосіб кесарева розтину, який ми обрали як прототип, виконують розрізом передньої черевної стінки за Пфанненштілем. Після розрізу матково-міхурової складки та тупого відділення сечового міхура від матки її розрізають в нижньому сегменті у поперечному напрямку на 2 см з наступним тупим розведенням м'язів матки білатерально двома пальцями. Витягують плід і послід, стінку матки зашивають безперервним кетгутовим швом за Реверденом, перетонізують шов на матці за рахунок матково-міхурової складки. Передню черевну стінку відновлюють, зашиваючи кожен шар [1].

Недоліками цього методу є те, що під час поперечного розрізу передньої черевної стінки за Пфанненштілем виконують відділення апоневрозу

від підлеглих м'язів - це дуже травматизуючий та довгий процес, коли виникає значна кровотеча із ушкоджених судин, що потребує додаткового часу на гемостаз, виникають крововиливи, які потім можуть нагноюватись, викликаючи розходження швів на шкірі. Крім того, тупе відділення сечового міхура від нижнього сегменту матки збільшує тривалість операції та призводить до утворення крововиливів з їх наступним нагноюванням, а зашивання матково-міхурової складки сприяє спасальному процесу із залученням сечового міхура.

В основу винаходу поставлено завдання удосконалення способу кесарева розтину, у якому забезпечується зменшення тривалості операції, крововтрати та спасального процесу, що надає можливість знизити післяопераційні гнійно-септичні ускладнення.

Поставлене завдання вирішується тим, що у способі кесарева розтину, який включає розріз матково-міхурової складки, поперечний розріз матки у нижньому сегменті витягнення плоду та посліду, зашивання розрізу на матці та передньої черевної стінки від апоневрозу, відповідно винаходу виконують поперечний поверховий, прямолінійний розріз шкіри на 2-3 см нижче лінії, поєднуючий передньо-поверхові ості, з наступним заглибленням розрізу по середній лінії через підшкіряно-жирову клітковину з одночасним розрізом апоневрозу та тупим розведенням всіх шарів передньої черевної стінки вздовж лінії розрізу шкіри, зашивання матки виконують без відновлення цілісності матково-міхурової складки, парієтальну очеревину

зашивають матрацним безперервним швом із затягуванням його на зразок кисету.

Спосіб кесарева розтину виконується наступним чином. Виконують поверховий, прямолінійний поперечний розріз шкіри на 2-3 см нижче лінії, поєднуючій передньо-поверхові ості, тобто на відстані від судинно-нервових шляхів, заглиблюють розріз по середній лінії через підшкіряно-жирову клітковину та одночасно розрізають апоневроз, тупо розводять його разом з підшкіряно-жировою клітковиною єдиним рухом двох пальців обох рук в каудально-краніальному напрямку вздовж лінії розрізу шкіри. Прямі м'язи живота розводять тупо шляхом білатеральної тракції вказівними пальцями вздовж лінії розрізу шкіри. Очеревину роз'єднують тупо вказівними пальцями обох рук у поперечному напрямку. Потім розрізають матково-міхурову складку. Розрізають матку у нижньому сегменті на 2 см, достатньо, щоб ввести два вказівних пальця, та тупо роз'єднують м'язи матки у поперечному напрямку. Витягують плід та послід, розріз на матці зашивають безперервним кетгутовим швом за Реверденом. Перитонізацію швів на матці не виконують. Парієтальну очеревину зашивають матрацним безперервним кетгутовим швом із затягненням його на зразок кисету. М'язи передньої черевної стінки не зашивають, на апоневроз накладають безперервний кетгутовий шов за Реверденом. Шкіру зашивають окремими шовковими швами через великі інтервали. Між ними при необхідності для зіставлення на шкірі залишають затискачі на 10 хвилин.

Суть операції пояснюється малюнками: на фіг. 1 - розташування лінії розрізу шкіри; на фіг. 2 - заглиблення розрізу по середині у підшкіряній жировій клітковині з одночасним розрізом апоневрозу на 2-3 см; на фіг. 3 - тупе розведення апоневрозу разом із підшкіряною жировою клітковиною вздовж розрізу шкіри; на фіг. 4 - тупе розведення прямих м'язів живота; на фіг. 5 - тупе роз'єднання очеревини; на фіг. 6 - зашивання парієтальної очеревини матрацним швом; на фіг. 7 - матрацний шов, затягнений на зразок кисету; на фіг. 8 - зашивання шкіри.

Наводимо конкретні приклади здійснення способу

1. Вагітна Ш., 30 років, історія пологів № 696, звернулася до пологового відділення ДОК ТМО 29.09.99 р. і була прооперована 01.10.99 р. з діагнозом: Вагітність IV, 39 тижнів, ХФПН, ОАА, ХВГП. Тривала перерва між пологами. Літня повторнородяща. Обвиття пуповини навколо шиї. Гостра внутрішньоутробна гіпоксія плоду. Тривалість операції - 20 хвилин, крововтрата 350,0, дитина витягнута на 2-й хвилині з оцінкою по шк. Апгар 7-8 балів. Післяопераційний період проходив без усклад-

нень, шви зняті на 5-ту добу, затягнулись первинним натягненням, виписана на 8 добу - 09.10.99 р.

2. Вагітна Ш., 22 років, історія пологів № 529, звернулася в пологове відділення ДОК ТМО 24.06.99 року та прооперована 24.06.99 р. у терміновому порядку з діагнозом: Вагітність I, 39 тижень, ОАГА, ХВГП, ХФПН, тривалий перебіг преєклампсії важкого ступеню. Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти. Тривалість операції становила 15 хвилин, крововтрата 400,0, дитина витягнута на 2-й хвилині з оцінкою по шкалі Апгар 7-8 балів. Післяопераційний період проходив без ускладнень, шви зняті на 5-ту добу, затягнулись первинним натягненням, виписана 07.07.99 р.

Перевагами цього способу кесарева розтину є зменшення травматичності та тривалості операції, яке досягається виключенням такого стану, як відшарування апоневрозу від м'язів та використання тупого розведення тканин, зберігаючи цілісність судинно-нервових шляхів. Наслідком цього є значне зменшення кількості крововиливів із наступним їх нагноєнням та розходженням швів передньої черевної стінки. Відсутність відшарування сечового міхура від нижнього сегменту матки зменшує ризик виникнення гематом під матково-міхуровою складкою, що покращує загоєння швів на матці.

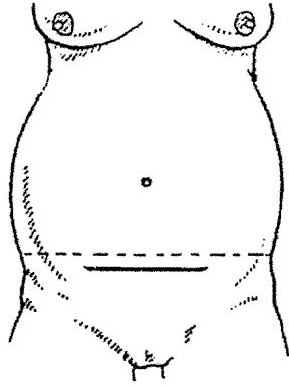
Залишення матково-міхурової складки незашитою зменшує тривалість операції та анестезії, ризик виникнення спаєчного процесу тому, що завдяки лапароскопічним дослідженням доведені високі репаративні можливості очеревини, водночас з відсутністю суттєвих виявлень запалення (набряк, гіперемія, екссудат) при відмовленні від її зашивання під час кесарева розтину. Тупе розведення парієтальної очеревини зменшує ризик травмування сечового міхура, а зашивання її матрацним безперервним кетгутовим швом із затягненням його на зразок кисету зменшує тривалість операції та ризик спаєчного процесу, покращує загоєння тому, що зменшується кількість шовного матеріалу. Зашивання розрізу на шкірі окремими швами через великі інтервали сприяє зменшенню набряку та ішемії, які виникають при значній густоті швів [2].

Всі перелічені переваги описаного способу кесарева розтину підтверджені клінічними спостереженнями у 32 породіль.

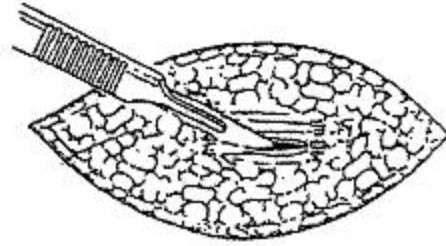
Джерела інформації

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

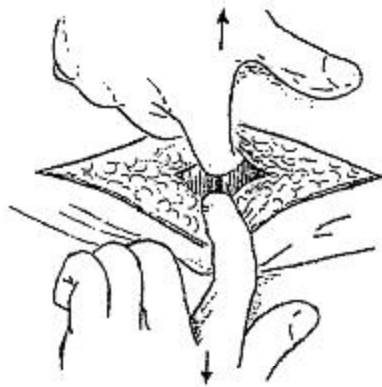
2. Мареева Л.С., Левашова И.И., Шуенко А.И. Некоторые аспекты хирургической тактики абдоминального родоразрешения // Акушерство и гинекология. - 1992. - № 8-12. - С. 27-29.



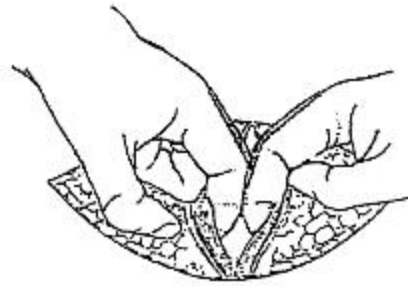
**Fig. 1**



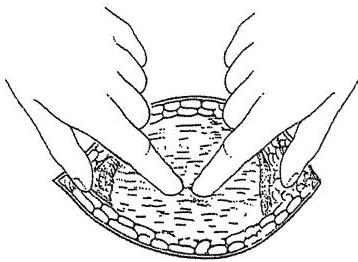
**Fig. 2**



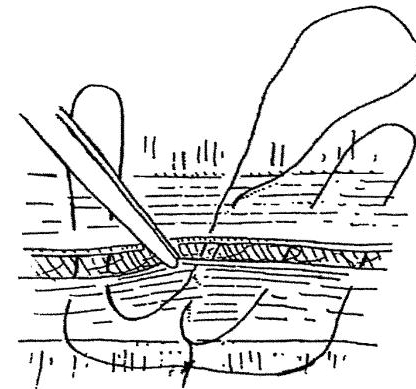
**Fig. 3**



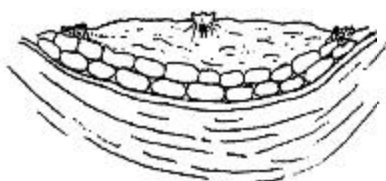
**Fig. 4**



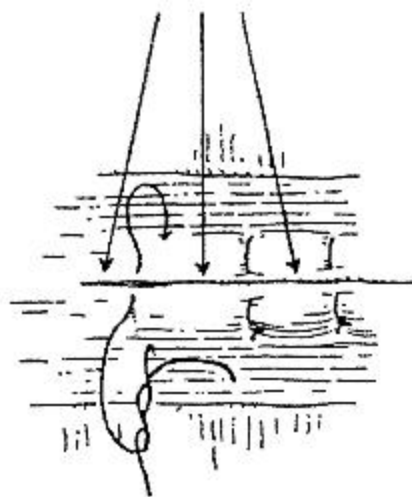
**Fig. 5**



**Fig. 6**



**Fig. 7**



**Fig. 8**

---

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

---