

Винахід належить до медицини, а саме до акушерства і може бути використаний для розродження жінок з високим ризиком розвитку гнійно-септичних ускладнень у зв'язку з тривалим безводним проміжком, чи іншими причинами внаслідок яких можуть інфікуватися навколоплідні води. Актуальність проблеми гнійно-септичних ускладнень після кесарева розтину пов'язана з тим, що частота їх складає 13,3%-54,3% і не має тенденції до зменшення.

Відомий спосіб кесарева розтину з ізоляцією черевної порожнини, який запропонував у 1966 році Сміт [1]. Відповідно способу виконують розріз черевної стінки за Пфанненштилем. Парієтальну очеревину розрізують поперечним розрізом над сечовим міхуром, далі розрізують вісцеральну очеревину вздовж матково-міхурової складки та відшаровують сечовий міхур від нижнього сегменту матки. Черевну порожнину ізолюють наступним чином: зашивають верхні краї парієтальної очеревини та матково-міхурової складки вісцеральної очеревини безперервним кетгутовим швом. Поперечний розріз на матці після вилучення плоду та посліду зашивають безперервним кетгутовим швом, який перітанізують за рахунок матково-міхурової складки вісцеральної очеревини, яку підшивають безперервним швом до дублікатури, що утворилась раніше, коли зашили верхні краї парієтальної очеревини та матково-міхурової складки. Передню черевну стінку зашивають шар за шаром [1].

Недоліком цього методу є те, що безперервний кетгутовий шов, яким зашивають верхні краї парієтальної очеревини та матково-міхурової складки вісцеральної очеревини і таким чином ізолюють черевну порожнину під час виведення голівки плоду не розтягується настільки, як тканини розрізу стінки матки і тому дуже часто він розривається, особливо у бокових кутах шву. Внаслідок цього ізоляція черевної порожнини порушується, тому інфіковані навколоплідні води при тривалому безводному проміжку чи інших причинах можуть потрапляти до черевної порожнини, що збільшує ризик розвитку гнійно-септичних ускладнень.

Частково цього недоліку позбавлений наступний спосіб кесарева розтину з ізоляцією черевної порожнини, що ми обрали, як прототип [2], який відрізняється від попереднього тим, що на бокові кути дублікатури, що утворилась після зашивання верхніх країв парієтальної очеревини та матково-міхурової складки вісцеральної очеревини безперервним швом та вздовж самого шва накладають окремі кетгутові шви. Це попереджує розрив безперервного шва та укріплює кути дублікатури.

Недоліками обох цих способів кесарева розтину з ізоляцією черевної порожнини є те, що необхідно робити для ізоляції багато швів, що значно збільшує час від початку операції до вилучення плоду до 15-16 хвилин і тому збільшується тривалість негативного впливу наркозу на плід. Крім того, під час поперечного розрізу передньої черевної стінки за Пфанненштилем виконують відшарування апоневрозу від підлеглих м'язів, а це дуже травматизуючий та довгий процес, коли виникає значна кровотеча із ушкоджених судин, що потребує додаткового часу на гемостаз, виникають крововиливи, які потім можуть нагноюватися і викликати розходження швів на шкірі. Все це, а також процес відшарування сечового міхура від нижнього сегменту матки також збільшує тривалість операції до вилучення плоду та призводить до утворення крововиливів, що збільшує запальну реакцію у ділянці операції. Додаткові окремі шви, що укріплюють безперервний шов, яким зашивають дублікатуру із верхніх країв парієтальної очеревини та матково-міхурової складки вісцеральної очеревини, без сумніву, укріплюють ізоляцію, але збільшення кількості швів збільшує запально-інфільтративну реакцію у ділянці швів, що призводить до ішемізації та погіршує загоєння швів на матці.

В основу винаходу поставлено задачу у способі кесарева розтину з ізоляцією черевної порожнини шляхом розрізу шкіри у ділянці вдалині від нервово-судинних шляхів, застосування тупого розведення тканин всіх шарів черевної стінки, удосконалення техніки ізоляції черевної порожнини забезпечити зменшення тривалості операції загалом та терміну від початку операції до вилучення плоду, об'єму крововтрати і одночасно підвищити надійність і міцність ізоляції черевної порожнини зменшити негативний вплив наркозу на плід, знизити післяпологові гнійно-септичні ускладнення, покращити стан плоду.

Поставлене завдання вирішується тим, що у способі кесарева розтину з ізоляцією черевної порожнини, який включає розріз матково-міхурової складки вісцеральної очеревини, поперечний розріз матки у нижньому сегменті, витягнення плоду та посліду, зашивання розрізу на матці безперервним швом та передньої черевної стінки від апоневрозу шар за шаром, новим є те що, виконують поперечний поверхневий, прямолінійний розріз шкіри на 3см нижче лінії, що поєднує передньо-верхні 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, парієтальну очеревину тупо роз'єднують у поперечному напрямку матково-міхурову складку не відшаровують від нижнього сегменту матки і до розрізу стінки матки зашивають верхні краї парієтальної очеревини та матково-міхурової складки вісцеральної очеревини окремими Z-подібними швами, які накладають і на обидва кути дублікатури, що утворилась, а після зашивання розрізу на матці нижні краї матково-міхурової складки вісцеральної очеревини та парієтальної очеревини разом підшивають до дублікатури окремими Z-подібними швами, шкіру зашивають окремими швами через великі інтервали.

Між сукупністю суттєвих ознак винаходу та технічним результатом, якого досягають, існує причинно-наслідковий зв'язок.

Перевагами цього способу кесарева розтину з ізоляцією черевної порожнини є зменшення об'єму крововтрати, травматичності та тривалості операції загалом та зокрема терміну від початку операції до вилучення плоду, що досягається тупим розведенням тканин при розрізі черевної стінки, який виконують вдалині від судинно-нервових шляхів і вони залишаються неушкодженими, тому не потрібно витрачати час на гемостаз, а відсутність етапу відшарування апоневрозу від м'язів зменшує кількість крововиливів із наступним їх нагноєнням та розходженням швів передньої черевної стінки, отже зменшується ризик виникнення післяпологових гнійно-септичних ускладнень.

Відсутність етапу відшарування матково-міхурової складки від нижнього сегменту матки зменшує тривалість операції та попереджає утворення гематом під нею, що покращує загоєння швів на матці, бо зменшує запально-інфільтративні процеси навколо них.

Тупе розведення парієтальної очеревини у поперечному напрямку зменшує ризик травмування сечового міхура.

Зашивання верхніх країв парієтальної очеревини та матково-міхурової складки вісцеральної очеревини

окремими Z-подібними швами попереджує під час вилучення плоду їх розрив за рахунок розтягування ділянок тканин, що лишилися не зашитими. Крім того Z-подібні шви значно міцніше ніж звичайні окремі шви і не прорізуються скрізь тканини, тому вони більш надійно поєднують та укріплюють обидва кути дублікатури очеревини, яку утворюють при ізоляції черевної порожнини і попереджують затікання вмісту матки до черевної порожнини з боків. Таким чином спосіб, що пропонується, забезпечує більш надійну ізоляцію черевної порожнини, а менша кількість швів, які потрібно зробити для ізоляції, зменшує тривалість від початку операції до вилучення плоду, що зменшує негативний вплив наркозу на плід.

Те, що перитонізацію швів на матці та зашивання нижнього краю парієтальної очеревини до дублікатури виконують разом, одночасно, окремими швами зменшує загальну тривалість операції, її травматичність, менша кількість шовного матеріалу зменшує запально-інфільтративні процеси навколо нього і покращує загоєння швів, ризик виникнення спайкового процесу. Зашивання розрізу на шкірі окремими швами через великі інтервали прискорює регенерацію швів бо покращує кровопостачання за рахунок зменшення набряку та ішемії, які виникають при значній густоті швів.

Отже запропонований спосіб забезпечує надійну ізоляцію черевної порожнини від вмісту матки при одночасному зменшенні тривалості операції від початку до вилучення плоду та негативного впливу наркозу на плід до 9-10 хвилин, що на 5-7 хвилин менше у порівнянні із способом прототипом, зменшує об'єму крововтрати на 200-300мл та загальну тривалість операції у 2 рази, а все це разом зменшує ризик виникнення післяпологових гнійно-септичних ускладнень та покращує стан плоду. Всі перелічені переваги запропонованого способу кесарева розтину з ізоляцією черевної порожнини підтверджені клінічними спостереженнями у 15 жінок.

Спосіб кесарева розтину з ізоляцією черевної порожнини виконують наступним чином. Виконують поверховий, прямолінійний поперечний розріз шкіри на 2-3см нижче лінії, яка поєднує передньо-верхні ості, заглиблюють розріз по середній лінії через підшкіряно жирову клітковину та одночасно розрізують 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. Верхні краї парієтальної очеревини та матково-міхурової складки вісцеральної очеревини зашивають разом окремими Z-подібними швами, обидва бокових кута дублікатури, що утворилась, також зашивають окремими Z-подібними швами з прошиванням перпендикулярно до напрямку розрізу матково-міхурової складки. Розрізують матку у нижньому сегменті на 2см, 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 швом за Реверденом. Нижні краї матково-міхурової складки вісцеральної очеревини та парієтальної очеревини разом підшивають до дублікатури окремими Z-подібними швами. М'язи передньої черевної стінки не зашивають, на апоневроз накладають безперервний 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:

Фіг.1 - розташування лінії розрізу шкіри.

Фіг.2 - заглиблення розрізу по середині у підшкіряно-жировій клітковині з одночасним розрізом апоневрозу.

Фіг.3 - тупе розведення апоневрозу разом із підшкіряно жировою клітковиною вздовж розрізу шкіри.

Фіг.4 - тупе розведення прямих м'язів живота.

Фіг.5 - тупе роз'єднання очеревини.

Фіг.6 - зашивання верхніх країв парієтальної очеревини та матково-міхурової складки вісцеральної очеревини вздовж розрізу та у бокових кутах дублікатури окремими Z-подібними швами.

Фіг.7 - одночасне зашивання нижніх країв матково-міхурової складки вісцеральної очеревини та парієтальної очеревини до дублікатури, що утворюють їх верхні краї окремими Z-подібними швами.

Фіг.8 - зашивання шкіри.

Для виконання способу, що заявляється, використовують інструменти загальноприйняті у хірургічному акушерстві.

Наводимо конкретні приклади здійснення способу:

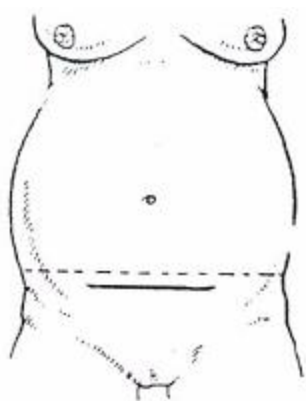
1. Вагітна О., 26 років, історія пологів №923 звернулась до пологового відділення ДОКТМО 9.11.98 і була прооперована 23.11.98р. з діагнозом: Вагітність III, 40 тижнів, ОАГА, ХВГП, стан після електроексцизії шийки матки. Передчасне відходження навколоплідних вод, первинна слабкість пологової діяльності. Тривалість операції 30хвилин, крововтрата 400,0, дитина витягнута на 9 хвилині, з оцінкою за шкалою Апгар 7-8 балів. Післяопераційний період без ускладнень, шви зняті на 5 добу, затягнулись первинним натягненням, виписана на 10 добу.

2. Вагітна А., 21 рік, історія пологів №35, звернулась до пологового відділення ДОКТМО 11.01.00 була прооперована 19.01.00 з діагнозом: Вагітність 39 тижнів, ОГА. Хронічний пієлонефрит, перкутанна нефростомія, справа. Передчасне відходження навколоплідних вод. Первинна слабкість пологової діяльності, гостра внутрішньоутробна гіпоксія плоду на тлі хронічної. Тривалість операції 20 хвилин, крововтрата 400,0, дитина витягнута на 9 хвилину з оцінкою за шкалою Апгар 7-8 балів, шви зняті на 6 добу, зажили первинним натягненням, виписана на 14 добу у зв'язку з нефростомією.

Джерела інформації, прийняті до уваги при виявленні та оформленні заявки на винахід:

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

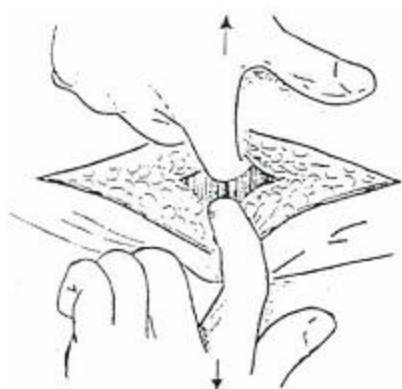
2. Рыбалко Л.В., Гончаренко В.В. Опыт применения операции кесарева сечения в нижнем сегменте матки с изоляцией брюшной полости // Акушерство и гинекология. - 1979. -№3. -С.20-21.



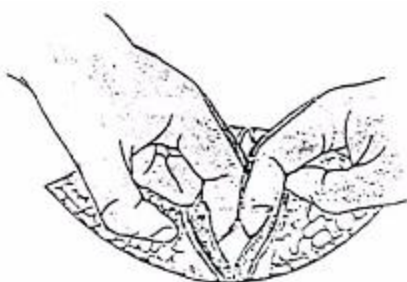
Φir. 1



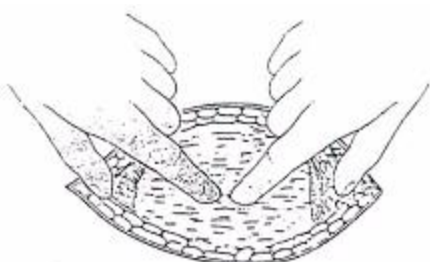
Φir. 2



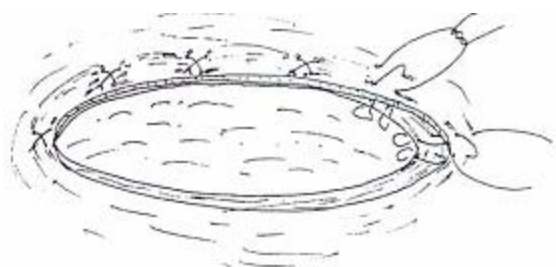
Φir. 3



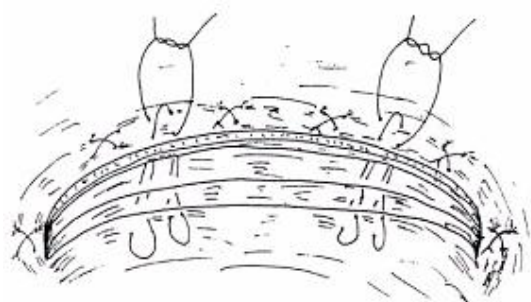
Φir. 4



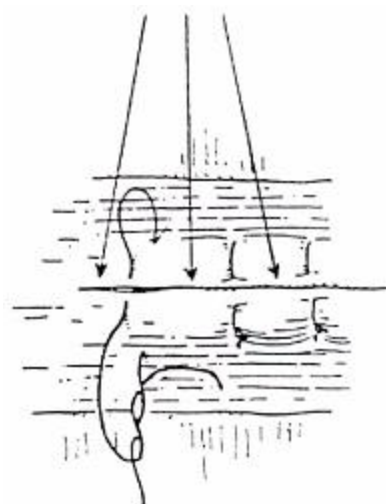
Φir. 5



Φir. 6



Φir. 7



Φir. 8