



ГОСУДАРСТВЕННОЕ ПАТЕНТНОЕ
ВЕДОМСТВО

(12) **Описание изобретения** К МАЛОМУ ПАТЕНТУ

(21)1701134

(22) 14.07.2017

(46) Бюл. 131, 2017

(71) Ходжамурадов Г.М.(ТJ); Исмоилов М.М.(ТJ);
Ходжамуродова Дж.А.(ТJ); Саидов М.С.(ТJ);
Шарипов Г.Н.(ТJ); Шаймонов А.Х.(ТJ).

(72) Ходжамурадов Г.М.(ТJ); Исмоилов М.М.(ТJ);
Ходжамуродова Дж.А.(ТJ); Саидов М.С.(ТJ);
Шарипов Г.Н.(ТJ); Шаймонов А.Х.(ТJ).

(73) Ходжамурадов Г.М.(ТJ); Исмоилов М.М.(ТJ);
Ходжамуродова Дж.А.(ТJ); Саидов М.С.(ТJ);
Шарипов Г.Н.(ТJ); Шаймонов А.Х.(ТJ).

(54) **СПОСОБ МИКРОХИРУРГИЧЕСКОГО
ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ
ТРУБНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ.**

(56) 1.Айламазян Э.К. Неотложная помощь при
экстремальных состояниях в гинекологии / Э.К.
Айламазян, И.Т. Рябцова// – М.: Медицинская
книга. Издательство НГМА. – 2000. – С. 6-30.

2.Евтушенко И.Д. Эндохирургические методики в
лечении прогрессирующей трубной беременности /
И.Д. Евтушенко, С.В. Рыбников // Бюллетень си-
бирской медицины. – 2006. – №1. – С. 73-75.

3.Лялина Е.А. Результаты лапароскопической ли-
нейной сальпинготомии при трубной эктопической
беременности / Е.А. Лялина, Ш.Б. Баранов // Пробл.
репрод. – 2009. - Спец. Вып. – С. 243–244.

4.Яковлева Н.В. Значение органосохраняющего
подхода в лечении пациенток с внематочной бере-
менностью / Н.В. Яковлева // Медицина в Кузбас-
се. – 2009. – №4. – С. 106-109.

5.Sunmez S. Can screening Chlamydia trachomatis by
serological tests predict tubal damage in infertile pa-

tients? / S. Sunmez [et al.] // New Microbiology. –
2008. – №31. – P.75–79.

6.Wozniac J. Влияние лапароскопической саль-
пингэктомии и сальпинготомии на последующую
частоту возникновения эктопической беременно-
сти / J. Wozniac //Акушерство и гинекология, –
2004. – № 3. – С. 61.

(57) Изобретение относится к медицине, к ре-
конструктивно-пластической и восстановительной
хирургии, акушерству и гинекологии, а именно к
лечению и восстановлению проходимости маточ-
ной трубы при прогрессирующей трубной бере-
менности, а так же предотвращению развития спа-
ек.

Сущность изобретения: после лапаротомии
производится мобилизация маточной трубы и над
плодным яйцом производится поперечный разрез,
плодное яйцо вылушивается вместе со сгустками
крови. После этого, в полость трубы, проводится
проводник и через него медленно вводится пред-
варительно нагретый до комнатной температуры
физиологический раствор. Полость трубы рас-
правляется, через ангиокатетер проводится проле-
новая либо нейлоновая нить № 0. Эта же процеду-
ра повторяется с введением проводника в сторону
матки. При прохождении нити в полость матки,
наблюдается свободное прохождение нити в про-
свете маточной трубы. Разрез в области удаленно-
го плодного яйца ушивается узловыми швами
(рассасываемыми нитями №6) микрохирургиче-
ским способом.

Изобретение относится к медицине, а именно к реконструктивно-пластической и восстановительной хирургии, акушерству и гинекологии, а именно к лечению и восстановлению проходимости маточной трубы при трубной беременности, а так же предотвращению развития спаек.

В настоящее время в подавляющем большинстве случаев при трубной беременности используются оперативные вмешательства, с удалением пораженного органа. При этом репродуктивная способность женщины снижается на половину, а в случае предыдущей тубэктомии, оперативное вмешательство приводит к потере репродуктивной функции женского организма. Удаление маточной трубы так же оказывает отрицательное воздействие на психологическое состояние больной. Восстановительные операции применяются редко, и при их использовании производится удаление плодного яйца и ушивание раны [1,2,4,5,6].

Характеристика прототипа. При лапароскопическом методе хирургического лечения внематочной беременности, после механического удаления плодного яйца, посредством туботомии, труба не восстанавливается. Полость трубы промывается асептическим раствором, либо продувается. Отсутствие соединения тканей вызывает чрезмерное образование соединительной ткани, а так же воспалительный процесс. Таким образом, главным недостатком этого способа заключается в том, что лапароскопическая техника преследуя цель решения экстренной проблемы избавления от внематочной беременности не обеспечивает решение репродуктивной проблемы. В случаях повторной маточной беременности неизбежно больные обречены на бесплодие [3].

Цель изобретения заключается в разработке способа лечения и восстановления проходимости маточной трубы при прогрессирующей трубной беременности.

Сущность изобретения. Диагноз устанавливается на основании клинических, ультразвуковых и лабораторных показателей (определение уровня хорионического гонадотропина человеческого). Наиболее существенным показателем является определение срока гестации от чего зависит размер плодного яйца.

На выбор способа микрохирургической реконструкции маточной трубы влияют срок гестации, размер плодного яйца, его локализация и состояние самой маточной трубы.

Операция проводится под эндотрахеальным наркозом, в положении пациентки лёжа на спине. Производится открытия лапаротомия продольным разрезом по Пфаненштейлю. После санации

брюшной полости, производится мобилизация маточной трубы, поражённой патологическим процессом. В случаях расположения плодного яйца в фимбриальной части, производится удаление плодного яйца, после чего полость трубы промывается, и проверяется проходимость жидкости по трубе. При свободном прохождении жидкости по трубе, фимбрии раскрываются, и в просвет трубы вводится проводник.

При небольших размерах и расположении плодного яйца в ампулярной либо в истмической частях маточной трубы, над плодным яйцом производится поперечный разрез длиной 1,5-2 см и вылушивание плодного яйца вместе со сгустками крови. Производится промывание полости трубы физиологическим раствором, после чего визуализируемые источники кровотечения в полости трубы коагулируются. При необходимости производится остановка локального кровообращения посредством наложения П-образного шва викриловой нитью ниже зоны поражения, в области брыжейки трубы. После этого, в полость трубы, в сторону фимбрий трубы, проводится проводник (ангиокатетер № 18), и через него медленно вводится предварительно нагретый до комнатной температуры физиологический раствор. Полость трубы расправляется, через ангиокатетер проводится проленовая либо нейлоновая нить №0. Эта же процедура повторяется с введением проводника в сторону матки. При этом, с целью предотвращения образования ложного хода, проведение нити контролируется рукой хирурга пальпаторно. При прохождении нити в полость матки, наблюдается свободное прохождение нити в просвете маточной трубы. Желательно глубокое проникновение нити в полость матки. Разрез в области удаленного плодного яйца ушивается узловыми швами (рассасываемыми нитями №6) микрохирургическим способом. Проводниковая нить фиксируется к фимбриям маточной трубы викриловой нитью №6 (узловой шов) и выводится на кожу живота, на сторону идентичную стороне повреждения. Проводник фиксируется к передней стенке живота с помощью не рассасывающихся нитей, и извлекается из полости трубы на 25-30 сутки. Гемостаз. Производится дренирование полости малого таза, с расположением дренажной трубки позади матки. Передняя брюшная стенка послойно ушивается. На кожу, с целью достижения оптимального косметического эффекта, накладывается внутрικοжный шов Холстеда, нейлоновой либо проленовой нитью №4. С целью предотвращения образования спаек в

малом тазу и брюшной полости, нами использовались свечи Дестриптазы, применявшиеся по следующей схеме:

11-14 сутки после операции – по одной свече три раза в сутки;

15-17 сутки после операции – по одной свече два раза в сутки;

18-20 сутки после операции – по одной свече один раз в сутки.

Схемы реконструкции в зависимости от локализации и размеров плодного яйца.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР Больная М.. 1987 г.р. ИБ № 6 поступила 09.01.2012 г. в клинику с левосторонней трубной формой прогрессирующей внематочной беременности. Состоянием после правосторонней тубэктомии от 2006 года.

При поступлении общее состояние больной относительно удовлетворительное. Жалобы больной на боли в нижней части живота, тошноту, единственный случай рвоты, незначительные кровянистые выделения из влагалища, общую слабость и головокружение. Со слов больной, задержка менструации составляет около 3-х недель. Жалобы на боль появились в день поступления. Больная имеет одного ребёнка. Наблюдались несколько аборт. Кожа и видимые слизистые оболочки обычной окраски. Грудная клетка симметрична, участвует в акте дыхания. При аускультации выслушивается везикулярное дыхание. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД на верхних конечностях 110/70 мм.рт.ст., пульс 88 уд. в 1 мин. Живот мягкий, в нижней части при пальпации болезненный, печень и селезенка не увеличены. Боли отдаются в область промежности. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Физиологические отправления не нарушены. Тест на беременность положителен.

При ультразвуковом исследовании брюшной полости и малого таза (9.01.2008): размеры матки – 45х26х44 мм. В левой маточной трубе визуализируется округлое образование. Позади матки обнаруживается незначительное содержание жидкости.

Заключение: прогрессирующая трубная беременность слева.

Местно: из половых путей наблюдаются незначительные кровянистые выделения, при влагалищном и ректальном исследовании наблюдаются болезненность. Симптомы раздражения брюшины не выражены.

Клинический диагноз: прогрессирующая трубная беременность слева. Состояние после тубэктомии справа от 2006 года.

Под общим эндотрахеальным наркозом, 9.01.2008 г. произведена операция: удаление плодного яйца с восстановлением проходимости левой маточной трубы.

В послеоперационном периоде рана зажила первичным натяжением, швы сняты на 12-е сутки после операции. Проводник удалён на 25 сутки после операции. Больная в послеоперационном периоде на 11-14 сутки после операции получала противоспаечную терапию.

Предохранение беременности в течение первых 6 месяцев после операции. По прошествии 1 года у больной наблюдалась маточная беременность, с рождением живого плода. Вес новорождённого – 2,8 кг, рост 51 см. В дальнейшем, на второй и пятый годы после операции у данной женщины родились еще два ребенка, с весом и ростом при рождении 3,8(52 см) и 3,45 (51 см) кг соответственно.

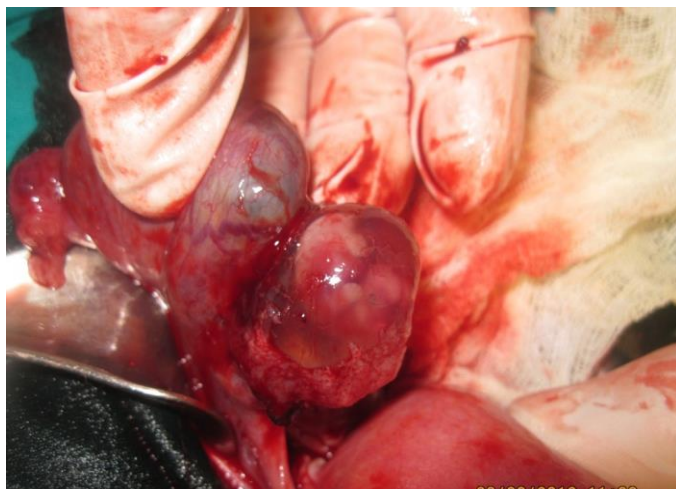
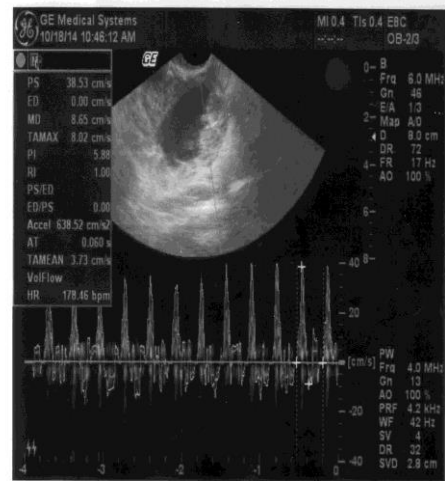
Таким образом, предлагаемый способ восстановления проходимости маточной трубы при трубной беременности позволяет добиться сохранения репродуктивной способности женщины.

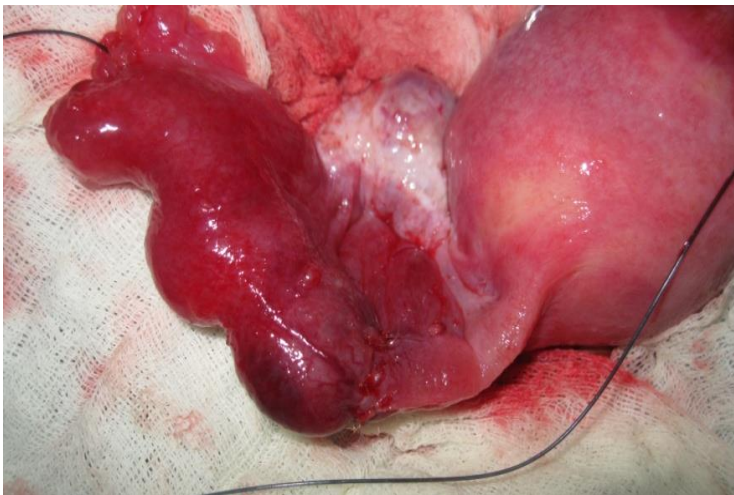
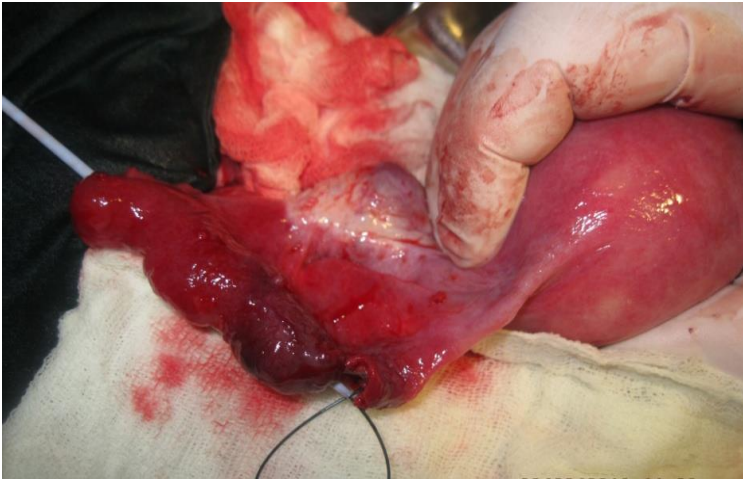
ФОРМУЛА ИЗОБРЕТЕНИЯ

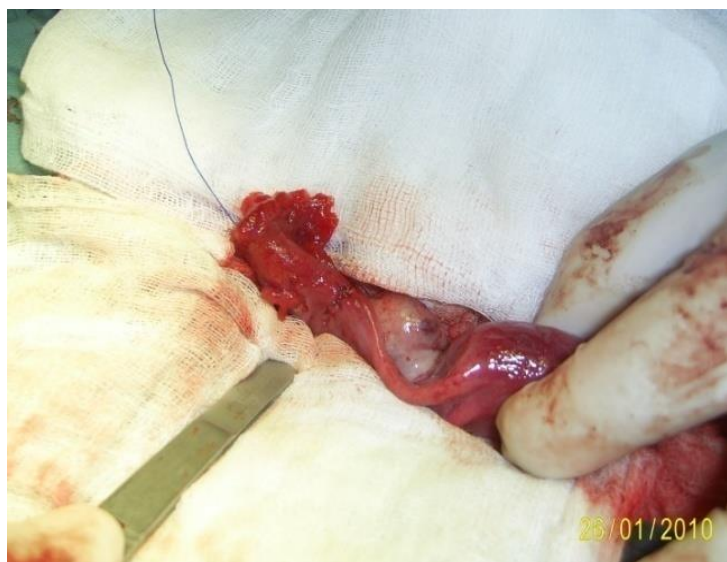
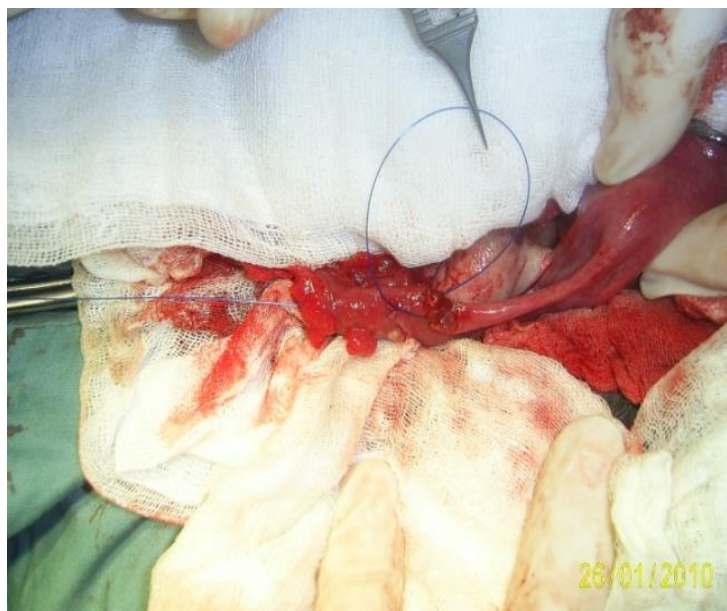
Способ хирургического лечения при прогрессирующей трубной беременности, путем удаления плодного яйца *отличающийся тем, что* производят открытую лапаротомию продольным разрезом по Пфаненштейлю, после санации брюшной полости, производят мобилизацию маточной трубы, поражённой патологическим процессом, при расположении плодного яйца в ампулярной либо в истмической частях маточной трубы, над плодным яйцом в зависимости от срока беременности и толщины маточной трубы производят поперечный разрез длиной 1,5-2 см либо продольный разрез превышающий 2 см и плодное яйцо вылушивают вместе со сгустками крови, полости трубы промывают физиологическим рас-

твором, в области брыжейки трубы, в полость трубы, в сторону фимбрий трубы, проводят проводник (ангиокатетер № 18), и через него медленно вводят предварительно нагретый до комнатной температуры физиологический раствор, полость трубы расправляют, через ангиокатетер проводят проленовую либо нейлоновую нить № 0, эту же процедуру повторяют с введением проводника в сторону матки, с целью предотвращения образования ложного хода, проведение нити контролируют рукой хирурга пальпаторно, разрез в области удаленного плодного яйца ушивают узловыми швами (рассасываемыми нитями №6) микрохирургическим способом.

СПОСОБ МИКРОХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ ТРУБНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ







Компьютерный набор: Фатхуллова М.С.

Заказ

Тираж

Подписное

Национальный патентно-информационный центр РТ
734042, г. Душанбе, ул. Айни, 14а