



(19) KG (11) 2098 (13) C1

(51) A61B 17/00 (2018.01)

ГОСУДАРСТВЕННАЯ СЛУЖБА ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ СОБСТВЕННОСТИ И
ИННОВАЦИЙ ПРИ ПРАВИТЕЛЬСТВЕ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

(12) ОПИСАНИЕ ИЗОБРЕТЕНИЯ к патенту Кыргызской Республики под ответственность заявителя (владельца)

(21) 20180017.1

(22) 20.02.2018

(46) 31.10.2018, Бюл. № 10

(76) Рыскельдиева В. Т.; Самигуллина А. Э.; Кармышев А. О. (KG)

(56) Патент RU № 2170061, A61B 17/42, 2001

(54) Способ органосохраняющего лечения акушерского перитонита при несостоятельности швов на матке

(57) Изобретение относится к медицине, а именно к акушерству и гинекологии, и может быть использовано при лечении несостоятельности швов на матке после кесарева сечения.

Задачей изобретения является разработка способа лечения акушерского перитонита при несостоятельности швов на матке после кесарева сечения, обеспечивающего сохранение органа при разлитом гнойном акушерском перитоните.

Поставленная задача решается в способе органосохраняющего лечения акушерского перитонита при несостоятельности швов на матке, включающем проведение релапаротомии, санацию полости матки, иссечение краев раны на матке в пределах здоровой ткани и повторное наложение отдельных швов на рану матки, где релапаротомию производят при разлитом гнойно-септическом процессе во всей брюшной полости, на рану матки накладывают Z-образные швы в один ряд и проводят дополнительное широкое дренирование брюшной полости и малого таза.

Преимущества данного способа заключаются в сохранении детородного органа (матки), улучшении качества жизни женщины, а также повышении вероятности дальнейшей реализации репродуктивной функции женщины при разлитом гнойном процессе во всей брюшной полости без кюретажа матки, ее дренирования, иссечения куска сальника, перитонизации и применения дорогостоящих эфферентных методов лечения в послеоперационном периоде.

1 н. п. ф., 2 пр.

Изобретение относится к медицине, а именно к акушерству и гинекологии, и может быть использовано при лечении несостоятельности швов на матке после кесарева сечения.

В настоящее время в акушерско-гинекологической практике возникновение разлитого гнойного перитонита после кесарева сечения является абсолютным показанием к полному удалению матки, как источника инфекции.

Учитывая высокий уровень гнойно-септических осложнений, инвалидизацию молодых женщин, снижение качества их жизни после подобных операций, необходима разработка новых способов лечения несостоятельности швов на матке с сохранением детородного органа.

Известен способ хирургического лечения несостоятельности швов на матке после операции кесарево сечение, включающий иссечение всех некротизированных и деструктивных тканей, шовного материала до неизменных участков миометрия, наложения узловых швов на матку только в один ряд с последующим закрытием области вторичных швов задней стенкой мочевого пузыря или пузырно-маточной складкой (Буянова С. Н., Сенчакова Т. Н., Щукина Н. А. Диагностика, лечение и профилактика отсроченных осложнений кесарева сечения // Акушерство и гинекология. - 1997. - № 1. - С. 65-68; Кесарево сечение / Под ред. В. И. Краснопольского. 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ТОО "ТЕХЛИТ"; Медицина, 1997. - С. 189-198).

Однако данный способ имеет следующие недостатки. Операция выполняется в "холодный период", спустя 12 суток и более, после первой операции, когда воспалительный процесс, локализующийся в матке (эндомиометрит), эффективно разрешен с применением консервативных методов лечения. Пациентка в этой ситуации ежедневно подвержена риску распространения воспалительного процесса за пределы матки, что потребует в последующем ее удаления. Данный способ лечения применяется только при несостоятельности швов на матке, возникших после разреза ее в нижнем маточном сегменте по Гусакову или Дерфлеру. Данная операция выполняется при отсутствии гнойных очагов в малом тазу и абсцесса в позадипузырной клетчатке, величина некроза нижнего сегмента матки выше и ниже раны должна быть не более 2 см, отсутствие дополнительных швов или дефектов вне линии швов на матке, отсутствие очагов микроабсцедирования в области дна и задней стенки матки (т. е. локальный панметрит). Данный способ лечения не применяется при несостоятельности швов на матке после корпорального кесарева сечения, перфорации стенки матки при аборте и других операциях.

Известен также способ органосохраняющего хирургического лечения несостоятельности швов на матке, включающий вскрытие брюшной полости в остром периоде воспаления при распространении инфекции за пределы матки, при этом дополнительно проводят резекцию большого сальника, вскрытие и санацию абсцесса области швов, кюретаж стенок и промывание полости матки раствором антисептика, иссечение некротизированного миометрия, дренирование матки через влагалище, наложение швов на матку, причем сшивание краев раны проводят двумя рядами отдельных швов, а перитонизацию швов осуществляют куском резецированного неизмененного сальника (патент RU № 2170061, А61В 17/42, 2001).

Недостатком этого способа лечения является то, что на фоне тяжелого состояния больной весь объем предлагаемых в данном способе хирургических вмешательств приводит к более высокой травматичности (резекция сальника, кюретаж матки и ее дренирование, а также ушивание матки в два ряда), а учитывая наличие зияющих сосудов из полости матки при ее выскабливании (проведении кюретажа), это обстоятельство резко повышает опасность развития сепсиса в отделенном периоде, даже в случае выздоровления больной приводит к облитерации и закрытию маточных труб.

Оба известных способа сохраняют детородный орган (матку) и предупреждают возникновение разлитого перитонита вследствие несостоятельности швов на матке после кесарева сечения, но не могут применяться при более тяжелом состоянии пациенток, т.е. при уже развившемся у нее разлитом гнойном перитоните (распространенный гнойный процесс всей брюшной полости), при котором показано удаление матки.

Задачей изобретения является разработка способа лечения акушерского перитонита при несостоятельности швов на матке после кесарева сечения, обеспечивающего сохранение органа при разлитом гнойном акушерском перитоните.

Поставленная задача решается в способе органосохраняющего лечения акушерского перитонита при несостоятельности швов на матке, включающем проведение релапаротомии, санацию полости матки, иссечение краев раны на матке в пределах здоровой ткани и повторное наложение отдельных швов на рану матки, где релапаротомию производят при разлитом гнойно-септическом процессе во всей брюшной полости, на рану матки накладывают Z-образные швы в один ряд и проводят дополнительное широкое дренирование брюшной полости и малого таза.

Сущность способа состоит в том, что органосохраняющая операция (сохранение матки) производится при воспалительном процессе всей брюшной полости (разлитой перитонит) с помощью проведения релапаротомии, снятия швов с раны на матке, санации полости матки, иссечения краев раны в пределах здоровой ткани, повторного наложения отдельных Z-образных швов на рану матки, широкого дренирования брюшной полости и малого таза и назначения в послеоперационном периоде антибактериальной и синдромальной терапии.

Способ осуществляется следующим образом.

При подозрении или установке диагноза перитонит после кесарева сечения вследствие несостоятельности шва на матке проводится предоперационная подготовка больной в течение максимум 6 часов (дезинтоксикационная терапия, инфузионная терапия, снижение температуры тела, гемотрансфузия при необходимости). Для исключения тяжелого сепсиса проводится Р-графия легких и эхокардиография сердца. Пациентка переводится в операционную. Под тотальной внутривенной анестезией с искусственной вентиляцией легких производят релапаротомию. Если разрез на брюшной стенке был произведен по Pfannenstiel, то снимаются швы и производится дополнительный разрез в виде якоря по средней линии живота до околопупочного кольца. По

вхождению в брюшную полость производится отсасывание воспалительной жидкости из брюшной полости. Затем производится ревизия органов малого таза. При обнаружении абсцесса в маточно-прямокишечном пространстве производится его вскрытие и санация. Таким же образом производится вскрытие абсцессов другой локализации в малом тазу. Затем снимаются лигатуры с пузырно-маточной складки, перитонизирующие матку в нижнем сегменте. Тупым путем выделяется и низводится пузырно-маточная складка. Таким образом, обнажается нижний сегмент матки и исключается вероятность травмы мочевого пузыря. Затем снимаются все швы на матке. Полость матки очищается марлевым тампоном трехкратно, затем обрабатывается однократно 70 % медицинским спиртом. Края раны на матке иссекаются в пределах здоровой ткани и на матку повторно накладываются в один ряд Z-образные швы викриловой нитью. Матка ушивается наглухо без дренирования и перитонизации. Производится ревизия и санация органов брюшной полости. Полностью проверяются петли тонкого и толстого кишечника на наличие межпетлевых абсцессов, тупым путем разъединяются межпетлевые спайки. Затем производится широкое дренирование органов брюшной полости и малого таза в четырех местах таким образом, чтобы две дренажные трубки располагались в верхних отделах живота, третья - в маточно-прямокишечном пространстве (Дугласов карман), а четвертая - в пузырно-маточном пространстве. По ходу дренажных трубок оставляются резиновые выпускники. При наличии воспалительных наложений на подкожно-жировой клетчатке и/или краях кожной раны их «освежают». Брюшную стенку ушивают послойно наглухо. Больную переводят в отделение интенсивной терапии под наблюдение. Продолжают антибактериальную терапию препаратами преимущественно из ряда фторхинолонов III или IV поколения, а также по возможности препаратами из ряда карбапенемов в течение трех суток в максимальной суточной дозе, а затем в средней суточной дозе с обязательной синдромальной терапией.

Возможность осуществления изобретения подтверждается клиническими примерами из историй болезней.

Пример № 1. Больная А., 31 год, поступила в отделение оперативной гинекологии с жалобами на боли в области грудной клетки и внизу живота, затрудненное дыхание, затрудненное отхождение газов, вздутие живота, гнойные выделения из половых путей. Температура тела слов не повышалась. При поступлении пульс 100 уд. в мин., АД - 100/70 мм.рт.ст., частота дыхания 25 раз в минуту. Количество выделяемой мочи не нарушено.

Из анамнеза: 5 сутки после перенесенного кесарева сечения по поводу клинически узкого таза матери. Роды II.

Объективно: Состояние тяжелое за счет симптомов интоксикации. Кожные покровы бледные с желтушным оттенком. Язык сухой. Живот слегка вздут. Симптомы раздражения брюшины слабо положительные в нижних отделах. Перистальтика кишечника выслушивается. Газы отходят с трудом, редко. Самостоятельного стула после кесарева сечения не было (однократно после ректальной свечи). Швы на передней брюшной стенке инфильтрированы.

Лабораторные данные: Уровень гемоглобина - 92,1 г/л; уровень лейкоцитов в крови - $16,9 \times 10^9$; палочкоядерный сдвиг влево - 9; СОЭ - 50 мм/ч; креатинин сыворотки крови - 70,1 ммоль/л; уровень общего белка в плазме крови - 67,9 г/л.

Данные функциональных исследований: Ультразвуковое исследование - выпот в брюшной полости со скоплением густой, предположительно геморрагической жидкости в позадиматочном пространстве, гепатоспленомегалия.

Рентгенография легких: Рентгенологические признаки без особенностей.

Рентгенография брюшной полости: Рентгенологические признаки кишечной непроходимости.

С диагнозом: 5 сутки послеоперационного периода. Перитонит. Несостоятельность швов на матке. Анемия легкой степени, больная переведена на оперативное лечение.

По вскрытии брюшины в брюшной полости гной в большом количестве (сразу удален вакуумным отсосом), слипшиеся петли тонкого и толстого кишечника, на которых имеется фибринозный налет. Швы на матке частично несостоятельны (дефект в левой трети шва длиной 4 см). Сняты швы с пузырно-маточной складки. С большими техническими трудностями ввиду интимного спаивания с маткой отделена и спущена пузырно-маточная складка. Обнажено пузырно-маточное пространство. Сняты швы с нижнего сегмента матки. Полость матки санирована марлевым тампоном и затем обработана спиртом. Края раны на матке иссечены в пределах здоровой ткани. Разрез на матке ушит Z-образными отдельными швами в один ряд. Перитонизация швов не проведена. Далее проведена ревизия брюшной полости, разъединение спаек, ушивание десерозирован-

ных участков петель тонкого и толстого кишечника. Санирована брюшная полость теплым физиологическим раствором. Дренирование правого и левого боковых каналов, заднего и переднего сводов малого таза дренажными трубками большого диаметра. По ходу дренажных трубок выведены резиновые выпускники. Брюшная стенка ушита послойно наглухо.

Таким образом, больной проведена органосохраняющая операция с диагнозом: 5 сутки послеродового послеоперационного периода. Разлитой гнойно-фибринозный перитонит после кесарева сечения на фоне несостоятельности швов на матке.

В послеоперационном периоде уровень общего белка снижался до 49 г/л. Уровень лактата сыворотки крови возрастал до 4,09 ммоль/л. Уровень гемоглобина снижался до 72 г/л. Больной проводилось обезболивание (опиаты, нестероидные противовоспалительные препараты), стол 0 в течение трех суток, парентеральное питание: инфезол 1000,0 с глюкозой; инфузионная терапия (рингер - лактат, NaCl - 0,9 %), коррекция электролитов и кислотно-щелочного состояния крови (сорбилакт 800,0), профилактика стрессовых язв (квamatел 40 мг - 1 раз в сутки внутривенно), профилактика тромбо-эмболических нарушений (чулки, фраксипарин 0,4 x 1 раз в сутки всего 3 раза, тромбоасс 100 мг всего 10 таб.), антибиотикотерапия - в первые 2 суток - фторхинолоны IV поколения - моксикум 400,0 x 2 раза в сутки внутривенно капельно, гентамицин 240,0 однократно в сутки внутривенно и метрид 100,0 x 3 раза в сутки внутривенно капельно, затем тиенам 1,0 x 3 раза в сутки внутривенно капельно в течение 3 дней с переходом на дозировку 0,5 x 3 раза в сутки внутривенно капельно в течение последующих 3 дней, антимикотическая терапия, коррекция гипопроteinемии (альбумин 20 % - 50,0 однократно внутривенно капельно), стимуляция перистальтики кишечника, коррекция гипокоагуляции (свежезамороженная одногруппная плазма 2 дозы), коррекция кислородо-транспортной функции крови (ЭМОЛТ 1 доза), для профилактики острого почечного повреждения фуросемид под контролем ЦВД, утеротоники (окситоцин).

Больная выписана на 14-е сутки после релапаротомии в удовлетворительном состоянии.

Пример № 2. Больная Б., 26 лет, поступила в отделение оперативной гинекологии с жалобами на повышение температуры тела в течение последних двух суток до 38° и выделения из половых путей с неприятным запахом.

При поступлении пульс 108 уд. в минуту, АД - 110/70, частота дыхания 17 в минуту. Количество выделяемой мочи не нарушено.

Из анамнеза: 4 сутки после перенесенного кесарева сечения по поводу дистресса плода. Роды II.

Объективно: Состояние средней тяжести за счет симптомов интоксикации. Кожные покровы бледные с желтушным оттенком. Язык сухой. Живот слегка вздут. Симптомы раздражения брюшины слабо положительные. Перистальтика кишечника выслушивается. Газы отходят. Самостоятельного стула после кесарева сечения не было. Швы на передней брюшной стенке отечны, гиперемированы.

Лабораторные данные: Уровень гемоглобина - 108,4 г/л; уровень лейкоцитов в крови - $10,2 \times 10^9$; СОЭ - 51 мм/ч; креатинин в плазме крови - 65 ммоль/л; уровень общего белка в плазме крови - 59,5 г/л; лактат сыворотки крови - 1,64.

Данные функциональных исследований: Ультразвуковое исследование - патологии не выявлено.

Рентгенография легких: Рентгенологические признаки бронхита.

С диагнозом: Послеродовый послеоперационный период 4 сутки. Пельвиоперитонит? больная госпитализирована в отделение для наблюдения и лечения.

На 6 сутки послеоперационного периода на фоне неэффективной дезинтоксикационной, антибактериальной, инфузионной терапии и ручной вакуум-аспирации содержимого полости матки с диагнозом: 6 сутки послеоперационного периода. Несостоятельность швов на матке? Пельвиоперитонит. больная переведена на оперативное лечение.

По вскрытии брюшной полости петли тонкого и толстого кишечника интимно спаяны между собой и маткой, покрыты фибринозным налетом. В брюшной полости примерно 600,0 серозно-гнойной жидкости, которая сразу удалена с помощью вакуумного отсоса. Швы на матке частично несостоятельны (дефект в левой трети шва длиной в 2 см). Сняты швы с пузырно-маточной складки. С большими техническими трудностями, ввиду интимного спаивания с маткой, отделена и спущена пузырно-маточная складка. Обнажено пузырно-маточное пространство. Сняты швы с нижнего сегмента матки. Полость матки санирована марлевым тампоном и затем обработана спиртом. Края раны на матке иссечены в пределах здоровой ткани. Разрез на матке ушит Z-образными отдельными швами в один ряд. Перитонизация швов не проведена. Далее проведена

ревизия брюшной полости, разъединение спаек, ушивание десерозированных участков петель тонкого и толстого кишечника. Санирована брюшная полость теплым раствором Декасана. Дренажирование правого и левого боковых каналов, заднего и переднего сводов малого таза дренажными трубками большого диаметра. По ходу дренажных трубок выведены резиновые выпускники. Брюшная стенка ушита послойно наглухо.

Таким образом, больной проведена органосохраняющая операция метропластика с диагнозом: 6 сутки послеродового послеоперационного периода. Разлитой гнойно-фибринозный перитонит после кесарева сечения на фоне несостоятельности швов на матке.

В послеоперационном периоде больной проводилось обезболивание (опиаты, нестероидные противовоспалительные препараты), стол 0 в течение трех суток, парентеральное питание: инфузол 1000,0 с глюкозой; инфузионная терапия (рингер - лактат, NaCl - 0,9 %), коррекция электролитов и кислотно-щелочного состояния крови (сорбилакт 800,0), профилактика стрессовых язв (квamatел 40 мг - 1 раз в сутки внутривенно), профилактика тромбо-эмболических нарушений (чулки, фраксипарин 0,4 x 1 раз в сутки всего 3 раза, тромбоасс 100 мг всего 10 таб.), антибиотикотерапия (тиенам 1,0 x 3 раза в сутки внутривенно капельно в течение 3 дней с переходом на дозировку 0,5 x 3 раза в сутки внутривенно капельно в течение последующих 3 дней), антимикотическая терапия, коррекция гипопроотеинемии (альбумин 20 % - 50,0 однократно внутривенно капельно), стимуляция перистальтики кишечника, коррекция гипокоагуляции (свежезамороженная однокрупная плазма 2 дозы), коррекция кислородно-транспортной функции крови (ЭМОЛТ 1 доза), для профилактики острого почечного повреждения фуросемид под контролем ЦВД, утероники (окситоцин).

Данным способом в Кыргызской Республике было проведено 7 операций. Все они закончились успешно с сохранением детородного органа, восстановлением менструальной функции и беременностью у двоих из них.

Таким образом, преимущества данного способа заключаются в сохранении детородного органа (матки), улучшении качества жизни женщины, а также повышении вероятности дальнейшей реализации репродуктивной функции женщины при разлитом гнойном процессе во всей брюшной полости без кюретажа матки, ее дренирования, иссечения куска сальника, перитонизации и применения дорогостоящих эфферентных методов лечения в послеоперационном периоде.

Формула изобретения

Способ органосохраняющего лечения акушерского перитонита при несостоятельности швов на матке, включающий проведение релапаротомии, санацию полости матки, иссечение краев раны на матке в пределах здоровой ткани и повторное наложение отдельных швов на рану матки, отличающийся тем, что релапаротомию производят при разлитом гнойно-септическом процессе во всей брюшной полости, на рану матки накладывают Z-образные швы в один ряд и проводят дополнительное широкое дренирование брюшной полости и малого таза.

Выпущено отделом подготовки материалов

Государственная служба интеллектуальной собственности и инноваций при Правительстве Кыргызской Республики, 720021, г. Бишкек, ул. Московская, 62, тел.: (312) 68 08 19, 68 16 41; факс: (312) 68 17 03