

(19)



**Евразийское
патентное
ведомство**

(11) **047728**

(13) **B1**

(12) **ОПИСАНИЕ ИЗОБРЕТЕНИЯ К ЕВРАЗИЙСКОМУ ПАТЕНТУ**

(45) Дата публикации и выдачи патента
2024.08.30

(51) Int. Cl. **A61B 17/42** (2006.01)

(21) Номер заявки
202392091

(22) Дата подачи заявки
2023.08.11

(54) **СПОСОБ МИОМЭКТОМИИ**

(43) **2024.08.28**

(96) **2023000133 (RU) 2023.08.11**

(71)(73) Заявитель и патентовладелец:
**ФЕДЕРАЛЬНОЕ
ГОСУДАРСТВЕННОЕ
БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО
ОБРАЗОВАНИЯ "САНКТ-
ПЕТЕРБУРГСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ"
МИНИСТЕРСТВА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО СПбГПМУ МИНЗДРАВА
РОССИИ) (RU)**

(56) МАРИНКИН И.О. и др., Дискуссионные вопросы миомэктомии при кесаревом сечении, Журнал акушерства и женских болезней, 2013, № 4, с. 106-111 с. 108, колонка 1, абзац 3

ГОРБАЧЕВ Е.В. и др., Одновременное удаление двух лейомиом пищевода из единого оперативного доступа методом тоннельной эндоскопической резекции, Эндоскопическая хирургия, 2021, том 27, № 2, с. 33-39, реферат, с. 37 колонка 1, строки 18-21

RU-C1-2411008

ГОРУБАРОВ С.Ф. и др., Миомэктомия при операции кесарево сечения, Клиническая практика, 2010, № 3, с. 71-75, с. 71 колонка 2, строки 16-23, с. 73 колонка 1, абзацы 3 и 4

HASSIAKOS D. et al., Myomectomy during Cesarean Section A Safe Procedure?, ANN. N.Y. ACAD. SCI., 2006, p. 408-413, реферат, с. 412 абзацы 1 и 2, таблица 2

(72) Изобретатель:
**Крот Ирина Федоровна, Романова
Лариса Андреевна, Рухляда
Николай Николаевич, Сергиенко
Ольга Игоревна, Чихладзе Ваню
Ушангиевич, Вартанян Рузанна
Альбертовна (RU)**

(57) Изобретение относится к медицине, в частности к акушерству и гинекологии, и может применяться в оперативном лечении миомы матки при проведении оперативного родоразрешения путем кесарева сечения. В способе миомэктомии, основанном на удалении миоматозного узла, расположенного в теле матки по передней стенке на расстоянии не более 3-4 см от разреза на матке в нижнем сегменте, сделанного для кесарева сечения, доступ к узлу осуществляют трансмурально через разрез на матке, выполненный для кесарева сечения. Заявляемый способ позволяет качественно удалять миоматозные узлы у пациенток с расположением интерстициального миоматозного узла по передней стенке матки на расстоянии не более 4 см от края разреза на матке, выполненного для производства кесарева сечения. Способ позволяет снижать частоту интра- и послеоперационных осложнений. Он доступен оперирующим врачам акушерам-гинекологам, не требует дорогостоящего оборудования и проведения дополнительных лабораторных и инструментальных исследований.

B1

047728

047728 B1

Изобретение относится к медицине, в частности к акушерству и гинекологии, и может применяться в оперативном лечении миомы матки при проведении оперативного родоразрешения путем кесарева сечения.

Ближайшим к заявляемому является способ миомэктомии интерстициальных миоматозных узлов лапаротомным доступом [Краснопольский В.И. Оперативная гинекология/В.И. Краснопольский, С.Н. Буянова, Н.А. Щукина, А.А. Попов. - 3-е изд. - М: МЕДпресс-информ, 2017. - 320 с], при котором скальпелем производят линейный или овальный разрез тканей матки до визуализации капсулы узла. Последнюю также рассекают. Ткань узла фиксируют пулевыми щипцами в продольном направлении и подтягивают в рану. Производят удаление узла, ушивают ложе узла 2- или 3-рядным швом.

Недостатками способа, выбранного в качестве прототипа, являются повышенная кровоточивость вследствие гестационных изменений миометрия; трудоемкий гемостаз при повреждении серозной оболочки матки; риск развития спаечного процесса в месте повреждения висцерального слоя брюшины. Сложности с гемостазом увеличивают длительность операции, количество использованного шовного материала, создает риск ранних и отдаленных послеоперационных осложнений, таких как интраоперационное кровотечение, межмышечные гематомы в области операционной раны, нарушение формирования послеоперационного рубца, спаечный процесс в области малого таза. Эти недостатки сопряжены с разрезом серозной оболочки беременной матки, с гестационными изменениями миометрия.

Задачей настоящего изобретения является снижение числа интра- и послеоперационных осложнений у пациенток с расположением интерстициального миоматозного узла по передней стенке матки на расстоянии не более 4 см от края разреза на матке, выполненного для производства кесарева сечения.

Технический результат поставленной задачи достигается тем, что в способе миомэктомии, основанном на удалении миоматозного узла, расположенного в теле матки по передней стенке на расстоянии не более 3-4 см от разреза на матке в нижнем сегменте, сделанного для кесарева сечения, доступ к узлу осуществляют трансмурально через разрез на матке, выполненный для кесарева сечения.

Выполнение миомэктомии трансмуральным доступом к миоматозному узлу во время кесарева сечения приводит к снижению травматизации матки, сохранению целостности серозной оболочки матки, снижению интенсивности интраоперационного кровотечения, сокращению длительности операции, количества использованного шовного материала, снижению числа интра- и послеоперационных осложнений.

Выполнение миомэктомии трансмуральным доступом к миоматозному узлу во время кесарева сечения снижает травматизацию матки за счет сохранения целостности ее серозной оболочки. Это в значительной мере уменьшает интенсивность интраоперационного кровотечения и, как следствие, минимизирует количество гемостатических швов без высокого риска формирования межмышечных гематом, играющих значимую негативную роль в формировании неполноценного рубца на матке после миомэктомии. Вышеуказанные факторы способствуют снижению числа как интра-, так и послеоперационных осложнений.

Способ осуществляется следующим образом. Выполняется кесарево сечение поперечным разрезом в нижнем маточном сегменте. Далее визуально и пальпаторно определяется размер, положение, характер роста миоматозного узла. При расположении миоматозного узла размером более 5 см с интерстициальным характером роста (тип 3-5 по FIGO) по передней стенке матки на расстоянии не более 4 см от края гистеротомического разреза производится поперечный разрез мышцы матки в толще гистеротомического разреза, выполненного для кесарева сечения. Формируется тоннель до нижнего полюса миоматозного узла, вскрытие капсулы узла, захват узла пулевыми щипцами, энуклеация узла острым и тупым путем. Длина разреза и глубина тоннеля зависят от размеров миоматозного узла. Далее производится ушивание ложа узла и сделанного для его удаления тоннеля П-образными швами через всю толщину стенки матки, с завязыванием узлов на стороне серозной оболочки матки. Количество П-образных швов зависит от размера удаленного узла.

Пример. Беременная М., 36 л. Находилась на лечении в клинике СПбГПМУ 01.06.-11.06.2022. Беременность 5, роды 1. В анамнезе лапароскопическая миомэктомия в 2018 году, удален интрамуральный миоматозный узел размером 12 см по задней стенке матки. С ранних сроков беременности по УЗИ были выявлены множественные миоматозные узлы: по передней стенке матки в нижних отделах интрамуральный субсерозный узел 54×45 мм, по задней стенке в нижних отделах интрамурально-субсерозный узел 68×53 мм. На 4 минуте за ягодицы извлечена живая, доношенная, девочка, масса тела 2720 г, длиной 48 см. Произведена миомэктомия пяти миоматозных узлов заявляемым способом. Ложе ушито отдельными П-образными швами. Узлы № 3 и 4 удалены после вскрытия капсулы над узлами сагитальными разрезами типичным способом. Послеродовый послеоперационный период протекал без осложнений. На 3 сутки выполнено УЗИ, матка длиной 128 мм, шириной 119 мм, толщиной 92 мм, полость матки 6 мм. По передней стенке интрамуральный узел 38 мм и интрамурально-субсерозный 15 мм. УЗИ признаков гематом в области послеоперационного рубца не выявлено. Выписана домой в удовлетворительном состоянии с ребенком на 6 сутки послеродового периода.

Заявляемый способ позволяет качественно удалять миоматозные узлы у пациенток с расположением

ем интерстициального миоматозного узла по передней стенке матки на расстоянии не более 4 см от края разреза на матке, выполненного для производства кесарева сечения.

Способ позволяет снижать частоту интра- и послеоперационных осложнений. Он доступен оперирующим врачам акушерам-гинекологами, не требует дорогостоящего оборудования и проведения дополнительных лабораторных и инструментальных исследований.

Выполнение заявляемого способа дает возможность не только эффективно удалять миоматозные узлы указанных характеристик, но и предупреждать развитие интра- и послеоперационных осложнений, тем самым улучшая качество оказания медицинской помощи.

ФОРМУЛА ИЗОБРЕТЕНИЯ

Способ миомэктомии миоматозного узла, расположенного в теле матки по передней стенке на расстоянии не более 3-4 см от разреза на матке в нижнем сегменте, сделанного для кесарева сечения, заключающийся в том, что выполняют кесарево сечение поперечным разрезом в нижнем маточном сегменте, производят поперечный разрез мышцы матки в толще гистеротомического разреза, выполненного для кесарева сечения, формируют тоннель до нижнего полюса миоматозного узла, вскрывают капсулу узла, захватывают узел, осуществляют энуклеацию узла, ушивают ложе узла и сделанного для его удаления тоннеля П-образными швами через всю толщину матки, с завязыванием узлов на стороне серозной оболочки матки.

