



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **42103** (13) **U**  
(51) МПК (2009)  
**A61B 17/00**  
**A61N 1/02**

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ

## ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під  
відповідальність  
власника  
патенту

**(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ СЕРОЗНИХ ДОБРОЯКІСНИХ КІСТОМ ЯЄЧНИКІВ У ХВОРИХ РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ**

1

2

(21) u200900030

(22) 05.01.2009

(24) 25.06.2009

(46) 25.06.2009, Бюл.№ 12, 2009 р.

(72) КОЗУБ МИКОЛА ІВАНОВИЧ, КОЗУБ МАКСИМ  
МИКОЛАЙОВИЧ, ЯКОВЛЕВА ОЛЕНА ОЛЕКСАНД-  
РІВНА

(73) ХАРКІВСЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯ-  
ДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ

(57) Спосіб лікування серозних доброякісних кістком яєчників у хворих репродуктивного віку, що включає лапароскопічну цистектомію з використанням біполярної коагуляції, який **відрізняється** тим, що впливають променевою аргонною коагуляцією кімнатної температури, низьким потоком, а в післяопераційному періоді додатково з третього дня призначають індинол по 300 мг/добу і епігалат - по 500 мг/добу протягом 3-х місяців.

Корисна модель відноситься до області медицини, а саме до акушерства і гінекології і може бути використана для лікування хворих із серозними доброякісними кістомами яєчників жінок репродуктивного віку.

Лапароскопічні методики лікування, що використовуються в даний час, включають такі етапи, як видалення серозної кістоми і гемостаз її ложі чи ушиванням одним з видів енергії.

Так, наприклад, відомим способом лікування серозних доброякісних кістком яєчників є лапароскопічна цистектомія з використанням для гемостазу яєчника термокаутеризації (K.Semm, Pelviscopy - operative guidelints, 1991, -P.11) чи біполярної коагуляції (Савельєва Г.М., «Гинекологическая эндоскопия», ГЭОТАР, Москва, 2000 -323с).

Недоліком способів є неконтрольоване нагрівання тканини яєчника, що приводить до зниження овариального резерву й атрофії яєчника в 10 - 15% пацієнток (Gurgan T., Kisnisci H., Yarali H. et al. Evaluation of adhesion formation after Laparoscopic treatment of polycystic ovarian disease //Fertil -Steril.-1991. -No 56. -P. 1176-1178).

Так само недоліком вищевказаних методик є відсутність впливу на активність проліферативних процесів у яєчнику в післяопераційному періоді, що надалі може привести до рецидиву захворювання.

Найбільш близьким до заявленого способу є лапароскопічний метод видалення серозних кістком яєчників з використанням біполярної коагуляції для досягнення гемостазу яєчника (Савельєва Г.М., «Гинекологическая эндоскопия», ГЭОТАР,

Москва, 2000 -323с). Спосіб включає наступні етапи лікування: виділення серозної кістоми з навколишніх спайок, вилучування кістоми, додаткову обробку ложі кістоми біполярним коагулятором з метою гемостазу й абластики. При наявності великих судин в області ложі кістоми їх додатково обробляють біполярним коагулятором. Яєчник не зашивають.

Після хірургічного втручання у жінок репродуктивного віку в післяопераційному періоді зберігається активність проліферативних процесів і розлад механізмів апоптозу, що у наступному можуть спровокувати рецидив виникнення серозних доброякісних пухлин яєчників.

Механізм дії протирецидивної терапії, проведеної в післяопераційному періоді, повинний бути спрямований на регуляцію проліферативних процесів і апоптозу, що дозволить знизити відсоток виникнення рецидиву серозних доброякісних пухлин яєчників і сприяти відновленню репродуктивної функції в даних хворих.

Таким чином, підставою для проведення патогенетичного етапу лікування в післяопераційному періоді з'явився аналіз показників клітинного і гуморального імунітету в хворих із серозними доброякісними пухлинами яєчників, що свідчить про напругу в них імунної відповіді (Манухин И.Б. и соавт. «Показатели клеточного и гуморального иммунитета у больных эпителиальными опухолями яичников», Современные технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний, Москва, 2006, стр. 138-140).

(13) **U**  
(11) **42103**  
(19) **UA**

В основу корисної моделі покладена задача удосконалення способу лікування серозних доброякісних кістом яєчників у хворих репродуктивного віку, в якому за рахунок зміни впливу, досягається максимальне збереження фолікулярного апарату яєчника та корекція проліферативних процесів і апоптозу.

Поставлена задача вирішується у способі лікування серозних доброякісних кістом яєчників у хворих репродуктивного віку, що включає лапароскопічну цистектомію з використанням біполярної коагуляції, відповідно до корисної моделі, впливають променевою аргонною коагуляцією кімнатної температури, низьким потоком, а в післяопераційному періоді додатково призначають індинол по 300мг/добу і епігалат - по 500 мг/добу протягом 3-х місяців.

Заявлений спосіб лікування є більш ефективним, оскільки забезпечує мінімальну травму яєчника, підвищує «абластичність» операції за рахунок застосування променевої аргонної коагуляції, мінімально знижує оваріальний резерв тканини яєчника, що залишилася, після втручання.

Використання в післяопераційному періоді індинолу і епігалату приводить до відновлення репродуктивної функції в 70% пацієнток з безплідністю за рахунок зниження відсотка розвитку рецидиву серозних пухлин яєчника.

Також заявлений спосіб забезпечує надійний гемостаз і мінімальну крововтрату, зводить до мінімуму поразку фолікулярного апарату частини яєчника, що залишилася, скорочує час оперативного втручання за рахунок швидкого досягнення гемостазу, а так само знижує частоту виникнення спайкового процесу в післяопераційному періоді з-за мінімізації травми тканин яєчника і підвищує рівень фертильності жінок із серозними кістомами і безплідністю.

Спосіб здійснюють таким чином. Виконують лапароскопічну цистектомію. При цьому створюють променевим аргонним коагулятором по периметру кістоми аваскулярну борозну, по якій здійснюють розріз, з наступним видаленням серо-

зної кістоми за допомогою аквадексації або атравматичними затискачами. Проводять променеву аргонну коагуляцію ложі кістоми потужністю 40-60 Вт з метою гемостазу. Ложе кістоми не ушивають. Далі виконують занурення кістоми в ендобіг. Пункцію й аспірацію вмісту кістоми здійснюють за допомогою аспіраційної голки, вилучення через 20мм троакар через передню черевну стінку. Потім черевну порожнину промивають 0,9% NaCl, у черевну порожнину вводять мікроірігатор.

З третьої доби післяопераційного періоду призначають індинол - по 300 мг/добу і епігалат - по 500 мг/добу протягом 3-х місяців.

Спосіб ілюструє наступний приклад: хвора О., 22 років, історія хвороби № 253. Надійшла в гінекологічне відділення СГКРД №5 м. Харкова; у відділенні поставлений діагноз: кіста яєчника зліва. Виконана операція: лапароскопія. Видалення кістоми лівого яєчника.

Під час лапароскопії виявлена кістома лівого яєчника розміром 60х80 см із серозним вмістом, капсула гладка. Кістома виділена зі спайок. Створено аваскулярну лінію по максимальному діаметру кістоми (на поверхні яєчника). Далі виконана лапароскопічна цистектомія з гемостазом променевим аргонним коагулятором ложе кістоми. Надалі черевну порожнину і ложе кістоми промивали від залишків крові 0,9% NaCl у кількості 4 літрів. Дефект тканини яєчника не ушивали. У черевну порожнину введений мікроірігатор. Діагноз підтверджений при гістологічному дослідженні вилученої кістоми.

У післяопераційному періоді з 3-ї доби пацієнтка отримувала індинол - по 300мг/добу і епігалат - по 500 мг/добу протягом 3-х місяців.

Післяопераційний період протікав гладко. Через 6 місяців після закінчення терапії індинолом і епігалатом наступила маткова вагітність.

Таким чином, використання запропонованого способу лікування серозних доброякісних кістом яєчників у хворих репродуктивного віку дозволяє зберегти репродуктивну функцію.