



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **55949** (13) **U**
(51) МПК
A61B 17/10 (2006.01)МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ**ОПИС
ДО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ**видається під
відповідальність
власника
патенту**(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ПАРАЗИТАРНИХ ЕХІНОКОКОВИХ КІСТ ПЕЧІНКИ**

1

(21) u201009147

(22) 21.07.2010

(24) 27.12.2010

(46) 27.12.2010, Бюл. № 24, 2010 р.

(72) МОШКІВСЬКИЙ ГЕННАДІЙ ЮРІЙОВИЧ, КОС-
ТИЛІВ МИХАЙЛО ВОЛОДИМИРОВИЧ, ДЮБЕН-
КО ТАРАС КУЗЬМИЧ, ТЕРЗОВА ТЕТЯНА БОРИ-
СІВНА(73) ІНСТИТУТ ХІРУРГІЇ ТА ТРАНСПЛАНТОЛОГІЇ
АМН УКРАЇНИ(57) Спосіб лікування паразитарних ехінококових
кіст печінки, який включає черезшкірну ехоконтро-

2

льовану пункцію порожнини патологічного утвору, евакуацію її вмісту, введення сколецидного розчину з наступним його видаленням через певний відрізок часу, який **відрізняється** тим, що перед втручанням назначають 3-4-тижневий курс хіміотерапії антипаразитарним препаратом, а після відшарування та часткового зморщування хітинової оболонки та появи проміжку між нею та фіброзною капсулою обробляють сколецидним розчином не тільки внутрішню поверхню оболонки кісти, а і зовнішню, а також внутрішню поверхню фіброзної капсули.

Корисна модель належить до медицини, а саме до хірургії, і може бути використана для лікування паразитарних ехінококових кіст печінки I-II типів за класифікацією Gharbi.

Відомий спосіб лікування паразитарних ехінококових кіст печінки, який включає черезшкірну ехоконтрольовану пункцію патологічного утвору, евакуацію її вмісту, введення сколецидного розчину (96° спирт, бетадин) з наступним його видаленням через 20 хвилин [Morris D.L. Percutaneous drainage of echinococcal cysts (PAIR puncture, aspiration, injection, reaspiration): results of a worldwide survey for assessment of its safety and efficacy // Gut. - 2000. - Vol. 47. - P. 156-158.]

Недоліком цього способу є велика кількість рецидивів кісти через неповноцінну антипаразитарну обробку оболонок та фіброзної капсули так як розчин контактує лише з внутрішньою поверхнею хітинової оболонки.

Задачею корисної моделі є розробка такого способу лікування паразитарних кіст печінки, який, за рахунок обробки антипаразитарним препаратом усіх оболонок та капсули патологічного утвору забезпечив би зниження кількості рецидивів.

Поставлена задача вирішується тим, що у способі лікування ехінококових кіст печінки який включає черезшкірну ехоконтрольовану пункцію патологічного утвору, евакуацію її вмісту, введення сколецидного розчину (96° спирт, бетадин) з наступним його видаленням через певний відрізок часу, згідно корисної моделі, перед втручанням назначають 3-4-тижневий курс хіміотерапії, а після

відшарування та часткового зморщування хітинової оболонки та появи проміжку між нею та фіброзною капсулою обробляють сколецидним розчином не тільки внутрішню поверхню оболонки кісти, а і зовнішню, а також внутрішню поверхню фіброзної капсули.

Курс хіміотерапії з застосуванням антипаразитарного препарату ворміл призводить до відшарування хітинової оболонки, її часткового зморщення та появи проміжку між хітиною оболонкою та фіброзною капсулою. Цим забезпечується можливість обробки 96° спиртом та бетадином як оболонок кісти так і фіброзної капсули, що і забезпечує радикалізм лікування та профілактику її рецидивування.

Вказана у формулі корисної моделі тривалість курсу хіміотерапії 3-4 тижні вибрана за результатами клінічних спостережень у 10 хворих.

Спосіб виконують таким чином. Після проведення 3-4 тижневого добового курсу хіміотерапії ехографічна картина кістозного утвору суттєво змінюється - візуалізують рідинний утвір з неоднорідним внутрішнім вмістом за рахунок відшарування та провисання хітинової оболонки. При цьому рідинний компонент виявляють як в межах відшарованої хітинової оболонки так і між нею та фіброзною капсулою. Під контролем ультразвуку голкою пунктують порожнину частково зморщеної хітинової оболонки, евакуюють вміст і вводять на 20 хвилин 96° спирт та, на 10 хвилин, бетадин. Після видалення сколецидних розчинів голку зміщують за межі порожнини хітинової оболонки в проміжок

(13) **U**
(11) **55949**
(19) **UA**

між нею та фіброзною капсулою. Повторюють маніпуляцію, з введенням на 30 хвилин сколецидних препаратів та наступним їх видаленням. Таким чином обробляють сколецидним розчином не тільки внутрішню поверхню оболонки кісти, а і зовнішню, а також внутрішню поверхню фіброзної капсули.

Приклад. Хворий К., 1995 р. народження, і/хв. № 3427/08, був шпиталізований 08.07.08 р. з діагнозом «Ехінококова кіста правої долі печінки» зі скаргами на болі в правій підреберній області, втрату ваги за останні 6 місяців.

При УЗД в V сегменті печінки, розташовуючись центрально, в товщі паренхіми, виявлено рідинний утвір з однорідною внутрішньою структурою та тонкостінною щільною капсулою, чітко відмежованою від оточуючої паренхіми, розмірами 2,9×2,1 сантиметрів. Виявлену вогнищеву патологію ідентифіковано як кісту паразитарного (гидатидного) походження. Враховуючи підлітковий вік пацієнта, центральне розташування кісти, відмову батьків від відкритого оперативного втручання (резекція печінки) та неможливість проведення лапароскопічної перицистектомії прийнято рішення про застосування черезшкірної пункції. Втручання вирішено провести після курсу лікування вормілом.

На момент шпиталізації 4-тижневий курс хіміотерапії вормілом завершено.

08.07.08 р. УЗД: Печінка збільшена, +1,9 сантиметрів, структура правої долі неоднорідна. В V сегменті, центрально візуалізується рідинний утвір з частково відшарованою внутрішньою тонкостінною структурою, що робить вміст неоднорідним (провисання гермінативної оболонки) а капсулу - двохконтурною. Така структурна перебудова є, по перше, свідченням паразитарного походження кісти, по друге, ефективності прийому вормілу - можливої загибелі паразита.

09.08.08. Операція: Черезшкірна ехоконтрольована діагностично-лікувальна пункція паразитарної кісти печінки.

Протокол втручання: Після премедикації (знеболення та введення антигістамінного препарату), місцевого знеболення та обробки операційного поля, під контролем сонографії, черезшкірно, пунктований рідинний утвір в V сегменті печінки. Евакуйовано 10 мілілітрів світло-жовтого кольору рідини. Порожнина, через голку, була на % виповнена 96° етиловим спиртом, з наступним його видаленням через 20 хвилин після введення. В порожнину на 10 хвилин додатково введено розчин бетадіну. Порожнина хітинової оболонки спалась. Контролюючи переміщення голки на екрані монітора остання заведена між фіброзною та хітиною оболонками. Процедура повторена.

11.08.08. УЗД (контроль): В межах V сегменту візуалізується гетерогенний утвір, з двохконтурною капсулою, включеннями повітря та невираже-

ним рідинним компонентом, розмірами 1,8×1,3 сантиметри. Прилегла паренхіма по периметру утвору зниженої ехогенності.

Скарг не пред'являє. Стан задовільний.

12.08.08. (три доби після втручання) УЗД (контроль): Печінка збільшена, +2 сантиметри, неоднорідна. В V сегменті виявлено утвір з неоднорідним внутрішнім вмістом (провисаюча хітинова оболонка) розмірами 1,9×1,9 сантиметрів. Прилегла до залишкової порожнини, паренхіма печінки уже ізоехогенна з паренхімою інших сегментів органа.

Враховуючи відсутність клінічних проявів захворювання, позитивну динаміку показників лабораторних досліджень та прогнозований перебіг післяопераційного періоду, 13.08.08 року пацієнта виписано.

22.09.08 року (40 діб після пункції) виконано УЗД: Печінка збільшена за рахунок правої долі (+1 сантиметр), в V сегменті неоднорідний, за рахунок пролабуючої в просвіт анулярної структури, рідинний утвір округлої форми з нечітко вираженою, підвищеної ехогенності, зовнішньою капсулою. Розміри залишкової порожнини не змінились, складають 1,8 сантиметра в діаметрі. Між оболонками (фіброзною та хітиною) візуалізується тонкий рідинний прошарок (реактивний випіт), що є свідченням поширення запального процесу і на зону зовнішньої капсули в відповідь на введення сколецидних розчинів.

Оглянутий в рекомендовані строки (29.12.08 р., 4,5 місяців з моменту операції). УЗД: Печінка не збільшена, неоднорідна. В межах V сегменту виявлено гетерогенний утвір, без ознак наявності рідини та чіткої капсули, розмірами 1,5×1,2 сантиметрів. Динаміка патоморфозу визнана позитивною (зменшення розмірів, відсутність рідинного компоненту).

Втретє оглянутий через рік після втручання (18.08.09 р.). Скарг не пред'являв, стан задовільний. Фізичний розвиток - згідно віку. При УЗД в V сегменті гіперехогенний неоднорідний утвір, з декількома мілкими кальцинатами, розмірами 1,1×0,8 сантиметрів (фіброз, кальциноз). Рецидиву захворювання не виявлено. Результат лікування визнано задовільним.

Запропонованим способом було проліковано 10 хворих з паразитарними кістами печінки. Жодного разу ознак рецидиву захворювання не виявлено.

Разом з тим, у двох випадках із 10 оперованих по способу-аналогу через 1 рік після втручання зафіксовано рецидив захворювання, що потребувало повторного лікування

Отже, порівняння з аналогом показує, що запропонований спосіб дозволяє скоротити кількість рецидивів.