



УКРАЇНА

(19) UA (11) 3701 (13) U

(51) 7 A61B17/00, 61K35/78

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ПРОФІЛАКТИКИ РОЗВИТКУ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ ЗЛУК У ХВОРИХ З ЕНДОМЕТРІОЇДНИМИ КІСТАМИ ЯЄЧНИКІВ

1

2

(21) 2004021152

(22) 17.02.2004

(24) 15.12.2004

(46) 15.12.2004, Бюл. № 12, 2004 р.

(72) Козуб Микола Іванович, Недоступ Лариса Іванівна

(73) ХАРКІВСЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯ-ДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ

(57) Спосіб профілактики розвитку післяопераційних злук у хворих з ендометріоїдними кістами яєчників, що включає лапароскопічне їх видалення з наступною променевою аргонною коагуляцією яєчників, який відрізняється тим, що додатково у післяопераційному періоді вводять Мукозу композитум по 2,2 мл у черевну порожнину у першу та третю добу через мікроіригатор, далі внутрішньом'язово через день №8.

Корисна модель відноситься до медицини, а саме до оперативної гінекології і може бути використана для профілактики злукового процесу після оперативних втручань з приводу ендометріоїдних кіст яєчників.

Частота виникнення післяопераційних злук після ендоскопічного втручання на яєчниках з приводу ендометріоїдних кіст складає 24-86 %. [Махмудова Г.М., Попов А.В., Ким А.Р. Оптимизация тактики хирургического лечения эндометриодных кист яичников. //Лапароскопия и гистероскопия в гинекологии и акушерстве. Под ред. В.И. Кулакова, Л.В. Адамян. Москва, Пантори, 2002, С.129-131].

Наявність злук у хворих з ендометріоїдними кістами вдвічі знижує можливість запліднення. [Кулаков В.И., Адамян Л.В., Мынбаев О.А. Послеоперационные спайки. - М.; Медицина, 2002. - С. 304].

Злуковий процес займає перше місце серед найбільш ймовірних причин безплідності при ендометріозі, що зумовлено порушенням транспортної функції маткових труб. Крім того, у хворих з ендометріозом має місце дисфункція імунної системи, інактивація сперматозоїдів активованими перитонеальними макрофагами, а також порушення функціонального взаємозв'язку у системі гіпоталамус - гіпофіз - яєчники, ановуляція, синдром неовулюючого фолікула, недостатність лютеїнової фази, порушення процесу нidaції заплідненої яйцеклітини, переривання вагітності на ранніх термінах внаслідок надмірного підвищення скорочувальної функції міометрію, порушення ста-

тевої функції (виражена диспареунія). [Коханевич Є.В, Гончарова Я.О. Генітальний ендометріоз: діагностика і лікування. Український медичний часопис - 2003. - № 5 (37). - С.102-108].

Патогенез виникнення злук при ендометріозі можливо пояснити наступними факторами: стимуляцією макрофагами росту фібробластів (при ендометріозі має місце хронічна стимуляція макрофагів); пошкодженням тканини очеревини внаслідок наявності ендометріоїдних гетеротопій, що приводить до мобілізації імунного захисту та формуванню фіброзних злук між рoсташованими поряд структурами, що прикривають дефект очеревини.

Розвиток післяопераційних злук у хворих з ендометріоїдними кістами яєчників у перші 3 доби після операції зумовлений: ушкодженням очеревини (після операції при нормальних показниках фіб-рінолітичної активності фібринозний екссудат лізується на протязі 72-96 годин. Якщо фібрінолітична активність пригнічена, фібробласти мігрують, проліферують і формують злуки з відкладенням колагену і проліферацією судин; пошкоджуючою дією різних видів енергій на яєчники та очеревину при видаленні ендометріоїдних кіст, що приводить до післяопераційного їх набряку з порушенням в них кровообігу з виникненням гіпоксії; залишками крові у черевній порожнині після операції. [Кулаков В.И., Адамян Л.В., Мынбаев О.А. Послеоперационные спайки. - М.; Медицина, 2002.-С. 313].

Ендометріоми яєчників є II-III стадією зовнішнього генітального ендометріозу, мультиор-

(13) U

(11) 3701

(19) UA

ганні порушення при якому можна трактувати як прояви захворювання організму жінки, що характеризується полісиндромними станами. Лікування їх повинно проводитися за принципами терапії хвороб з полісиндромними станами.

Перелік підходів до таких принципів лікування включає: очищення міжклітинного матриксу від гемотоксинів (антигемотоксична терапія по Реккевегу); гомеопатичне лікування; дієтотерапію; акупунктуру та інші методики [Апанасенко ТА. Валеология: неизбежность новой стратегии здравоохранения // Український медичний часопис. - 2003. - № 5 (37). - С. 90-92].

Боротьба з розвитком післяопераційного злуків процесу у хворих з ендометріоїдними кістами яєчників може включати: застосування променевої аргонної коагуляції, що найменше ушкоджує тканини яєчника та очеревини і надає довгостроковий гемостаз при видаленні ендометріоїдних кіст. [Грищенко В.І., Козуб М.І., Ілієш С.О. Спосіб лікування ендометріоїдних кіст яєчників // Патент України № 44629 А. - Київ, 2002. Бюллетень № 2]; видалення яєчників із зони розвитку злуків процесу у перші 3 доби після операції [Махмудова Г.М., Попов А.В., Ким. А.Р. Оптимизация тактики хирургического лечения эндометриоидных кист яичников. // Лапароскопия и гистероскопия в гинекологии и акушерстве. Под ред. В.И. Кулакова, Л.В. Адамьян, Москва, Пантори, 2002. - С. 129-131]; використання кортикостероїдів. [Х. Рич. Лапароскопические операции разделения спаек. //Лапароскопия и гистероскопия в гинекологии и акушерстве. Под ред. В.И. Кулакова, Л.В. Адамьян, Москва, Пантори, 2002. -С.231-253].

Вадою всіх вищевказаних методик профілактики розвитку післяопераційних злук є те, що при використанні поодинокі вони не забезпечують дію на основні ланки патогенезу виникнення післяопераційних злук при ендометріозі II-III стадії, а також очищення міжклітинного матриксу від гемотоксинів.

Найбільш близьким і обраним за прототип є спосіб лікування ендометріоїдних кіст яєчників [Патент UA №44629, МПК 7 А61В 17/00]. Спосіб здійснюють таким чином: хворим проводять лапароскопічне видалення ендометріоїдних кіст яєчників з використанням променевої аргонної коагуляції. Хоча променева аргонна коагуляція і зменшує відсоток виникнення злук у післяопераційному періоді за рахунок надійного гемостазу, однак не завжди дозволяє запобігти утворенню злук.

Недоліки способу полягають у тому, що променева аргонна коагуляція не забезпечує дії на фіброласти, що формують злуки, на імунну систему, не впливає на регенераційні властивості очеревини, не очищує міжклітинний матрикс від гемотоксинів.

В основу корисної моделі покладено задачу удосконалення способу профілактики розвитку післяопераційних злук у хворих з ендометріоїдними кістами яєчників, в якому за рахунок використання комплексного способу лікування досягається блокування розвитку злук з очищенням міжклітинного матриксу від гемотоксинів.

Поставлена задача вирішується в спосіб лікування ендометріоїдних кіст яєчників шляхом лапароскопічного видалення їх з наступною променевою аргонною коагуляцією яєчників, згідно з корисною моделлю, додатково у післяопераційному періоді вводять Мукозу композитум по 2,2 мл у черевну порожнину на першу та третю добу через мікроірігатор, далі внутрішньом'язово через день №8.

Введення у післяопераційному періоді Мукози композиту му приводить до очищення міжклітинного матриксу від гемотоксинів, а також забезпечує імунорегулюючу, протизапальну, гемостатичну дію на організм хворих ендометріозом. Такий широкий спектр терапевтичної дії Мукоза композитум надає завдяки оптимальному поєднанню індивідуальних властивостей 36-ти компонентів, що входять до її складу: 16 суїс-органного, 11 рослинного, 7 мінерального, одного тваринного походження та нозоду Collibacilium. Суїс-органні складові препарату Мукоза композитум являють собою екстракти слизових оболонок та органів ембріональних порослят, що надають органоспецифічну стимулюючу дію на процес регенерації всіх слизових оболонок організму. Інші компоненти препарату посилюють їх регенеруючу дію, а також надають протизапальну (Beladonna, Nux vomika, Pulsatilla, Sulfur), та антидегенеративну (Hidrastis, Condurango) дію.

Спосіб здійснюють таким чином: проводиться лапароскопічне видалення ендометріоїдної кісти яєчника з використанням променевої аргонної коагуляції, потім вводять Мукозу композитум по 2,2 мл у черевну порожнину через мікроірігатор на першу та третю добу післяопераційного періоду, далі внутрішньом'язово через день № 8.

Хворим дають змогу завагітніти на протязі 1 року.

Спосіб ілюструють наступні приклади:

1. Хвора М., 28 років, медична карта № 3560.

Діагноз: ендометріоїдна кіста лівого яєчника. Первинне безпліддя.

Обстежена. Скарги на біль в нижніх відділах живота, темно-кров'яністі виділення із статевих шляхів за кілька днів до менструації, безпліддя на протязі 7 років. Менструації з 13 років, в останні роки - гіперполіменорея. При УЗД виявлено утворення в області лівих додатків округлої форми. Кіста з внутрішньою будовою середньої ехогенності розміром 45 мм в діаметрі. За даними гістеросальпінгографії - маткові труби прохідні, порожнина матки без патології.

Після обстеження та встановлення клінічного діагнозу: ендометріоїдна кіста лівого яєчника хворій виконана лапароскопія: сальпінгооваріолізис зліва, видалення ендометріоїдної кісти лівого яєчника з променевою аргонною коагуляцією ложа. Проведено в післяопераційному періоді антигемотоксичну терапію: вводилася Мукоза композитум по 2,2 мл у черевну порожнину через мікроірігатор на першу та третю добу післяопераційного періоду, далі внутрішньом'язово через день № 8. Перебіг післяопераційного періоду без особливостей. Виписана з клініки на 5 добу в задовільному стані.

Через 10 місяців настала маткова вагітність, перебіг якої ускладнився загрозою абортів у першій половині вагітності. Перебувала на лікуванні у стаціонарі. Пологи в 39-40 тижнів, фізіологічні. Народилась дівчинка вагою 3400 гр.

2. Хвора П., 25 років, медична карта № 741. Діагноз: ендометріодна кіста лівого яєчника. Первинне безпліддя. Обстежена. Скарги на періодичну біль в нижніх відділах живота, темно-кров'яністі виділення зі статевих шляхів за 2-3 дні до менструації. Безпліддя на протязі 5 років. Менструації з 12 років, останнім часом у вигляді гіперполіменореї. При УЗД виявлено утворення в області лівих додатків. Кіста округлої форми з внутрішньою будовою середньої ехогенності, розміром 50 мм в діаметрі. При гістеросальпінгографії патології маткових труб не виявлено, матка без особливостей.

Після обстеження та установлення клінічного діагнозу: ендометріодна кіста лівого яєчника, первинне безпліддя, хворій проведено лапароскопію,

видалення ендометріодної кісти лівого яєчника з променевою аргонною коагуляцією ложа. Проведено в післяопераційному періоді антигомотоксичну терапію:

вводилася Мукоза композитум по 2,2 мл у черевну порожнину через мікроірігатор на першу та третю добу післяопераційного періоду, далі внутрішньом'язово через день № 8. Перебіг післяопераційного періоду - без особливостей. Виписана з клініки на 5 добу у задовільному стані.

Через 1,5 року настала маткова вагітність. Перебіг вагітності ускладнився загрозою передчасних пологів у другій половині вагітності. Вагітна лікувалася у стаціонарі. Пологи в 38 тижнів, фізіологічні. Народився хлопчик, вагою 3100 гр.

Таким чином, розроблений спосіб профілактики розвитку післяопераційних злук дозволяє підвищити ефективність відновлення репродуктивної функції у хворих з ендометріодними кістами яєчників за рахунок зниження виникнення злук у післяопераційному періоді.