



УКРАЇНА

(19) UA (11) 37120 (13) A

(51) 6 A61B17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВИНАХІДвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ СИНДРОМУ ПОЛІКІСТОЗНИХ ЯЄЧНИКІВ

(21) 2000031637

(22) 22.03.2000

(24) 16.04.2001

(33) UA

(46) 16.04.2001, Бюл. № 3, 2001 р.

(72) Чайка Андрій Володимирович, Носенко Олена
Миколаївна(73) ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІ-
ДАЛЬНІСТЮ МЕДИЧНИЙ ЦЕНТР "ЧАЙКА"(57) Спосіб лікування синдрому полікістозних яєч-
ників, який полягає в тому, що хворий проводить

лапароскопію, захоплюють яєчники в центральній частині, відрізають від них вузький мікроклін, коагулюють ранові поверхні, видаляють відрізані частини з черевної порожнини, який **відрізняється** тим, що додатково фіксують яєчники в ділянці яєчничково-тазової зв'язки, здійснюють пункцію та повну аспірацію вмісту кожного кістозного фолікула, та відрізають від яєчників мікроклін пристроєм для механічного ендоскопічного розрізування тканин тільки в ділянці захоплення та коагулюють ранові поверхні біполярним коагулятором.

Винахід відноситься до галузі медицини, зокрема до гінекології та ендоскопічної хірургії, і може бути використаний у клініках, які мають ендоскопічне обладнання, для лікування синдрому полікістозних яєчників (СПКЯ) шляхом лапароскопії.

Відомий спосіб лікування СПКЯ [3. Ентін Б.В., Молжанинов Е.В. Роль диагностической и оперативной лапароскопии в лечении женского бесплодия // Акушерство и гинекология. - 1982. - № 4. - С. 19-21], який полягає в проведенні лапароскопії, захопленні яєчників в центральній частині та проведенні голкової пункції всіх дрібних кістозних фолікулів.

Недоліками відомого способу є: недостатнє спорожнення мілких кістозних фолікулів яєчників, які механічно стискають тканину яєчника, а наявність в їх вмісті гормонів негативно впливає на гормональну функцію яєчників, недостатнє за площею для здійснення овуляції зруйнування склерозованої кори яєчника.

Відомий також спосіб лікування СПКЯ [1. Алиева Э.А., Пшеничникова Т.Я., Гаспаров А.С. Результаты лапароскопии у пациенток с синдромом поликистозных яичников, перенесших хирургические методы лечения // Акушерство и гинекология. - 1990. - № 7. - С. 63-66], який полягає в проведенні лапароскопії, захопленні яєчників в центральній частині, надрізанні яєчників монополярним електрокоагулятором у режимі різання з двох сторін за типом клину розмірами до 2/3 частин яєчника з одночасним проведенням гемостазу монополярним електрокоагулятором у режимі коагуляції.

Недоліками відомого способу є: значне ушкодження фолікулярного резерву яєчників, особливо первинних та примордіальних фолікулів, внаслідок видалення значної частини яєчників та негативно впливає на них монополярного струму через значне ушкодження ним яєчника внаслідок електричних властивостей цього струму.

Найбільш близьким за технічною суттю до цього способу є спосіб лікування СПКЯ [2. Бережна Т.А. Порівняльна характеристика ефективності ендоскопічної мікрорезекції та клиноподібної резекції яєчників у лікуванні синдрому полікістозних яєчників із використанням експертної системи прогнозування: Автореф. дис. канд. мед. наук: 14.01.01 / Харківський державний медичний університет. - Харків; 1998. - 17 с.], який полягає в проведенні лапароскопії, захопленні яєчників в центральній частині, відрізанні від обох яєчників монополярним електрокоагулятором у режимі різання вузьких клинів розмірами 1,0x0,5x0,5 см в 1-3 зонах в залежності від розмірів яєчника і ступеня наявності полікістозу, з глибиною виділення тканини яєчника до 0,5 см; одночасним проведенням гемостазу монополярним коагулятором, видаленням відрізаних частин яєчника з черевної порожнини через троакар.

Недоліками відомого способу є: значне ушкодження фолікулярного резерву яєчників під час їх відрізання та гемостазу ранових поверхонь монополярним електрокоагулятором через відсутність об'єктивних можливостей простежити шляхи, напрям проходження та площу ушкодження монополярним струмом яєчника внаслідок електричних

(19) UA (11) 37120 (13) A

властивостей цього струму; ушкодження фолікулярного резерву яєчника під час відрізання від нього клину не в одній, а в декількох зонах; відсутність спорожнення при відомому способі дрібних кістозних фолікулів, які негативно впливають на функцію яєчників внаслідок механічного здавлювання оточуючої їх тканини та порушення в ній мікроциркуляції, а також негативного гормонального впливу вмісту цих кістозних фолікулів на гормональну та овуляторну функцію яєчників.

В основу винаходу поставлена задача удосконалення способу лікування СПКЯ шляхом лапароскопії, в якому внаслідок здійснення надійної фіксації яєчників, проведення пункції та повної аспірації вмісту кожного кістозного фолікулу, зменшення кількості резектованої частини яєчників, застосування для коагуляції ранових поверхонь біполярного електричного струму, який практично не пошкоджує підлеглі тканини, забезпечується нормалізація мікроциркуляції яєчників, зменшення пошкодження їх фолікулярного резерву, більш ефективне відновлення гормональної та овуляторної функції, таким чином підвищення ефективності лікування безплідності у хворих з СПКЯ.

Суть способу лікування СПКЯ полягає в тому, що хворій проводять лапароскопію, захоплюють яєчники в центральній частині, фіксують їх в області яєчничково-тазової зв'язки, здійснюють пункцію та повну аспірацію вмісту кожного кістозного фолікулу, відрізають від них вузький мікроклін пристроєм для механічного ендоскопічного розрізування тканин тільки в зоні захоплення, видаляють відрізані частини з черевної порожнини, коагулюють ранові поверхні біполярним коагулятором.

Новим у цьому способі, є те, що додатково фіксують яєчники в області яєчничково-тазової зв'язки, здійснюють пункцію та повну аспірацію вмісту кожного кістозного фолікулу, а відрізають від яєчників мікроклін пристроєм для механічного ендоскопічного розрізування тканин і тільки в зоні захоплення, коагулюють ранові поверхні біполярним коагулятором.

При СПКЯ відсутність овуляції і наявність безпліддя пов'язують з тим, що розвиток фолікулів яєчників припиняється на стадії вторинних фолікулів, які у подальшому кістозно атрезуються. Кістозні фолікули механічно здавлюють оточуючу їх тканину яєчника та порушують в ній мікроциркуляцію, що призводить до гормональної дисфункції яєчників, порушення процесів дозрівання примордіальних фолікулів, порушення овуляції. Гормональний склад вмісту кістозно-атрезованих фолікулів також негативно впливає на гормональну та овуляторну функцію яєчників. Потовщена, щільна склерозована капсула не дає змоги розірватися та проовулювати домінуючому фолікулу.

Захоплення яєчників в центральній частині та фіксація в області яєчничково-тазової зв'язки забезпечує надійну фіксацію яєчників для безпечно-го проведення їх голкової пункції. Спорожнення всіх кістозних фолікулів внаслідок їх пункції та повної аспірації вмісту дає змогу усунути механічне здавлювання цими фолікулами оточуючої їх тканини та порушення в ній мікроциркуляції, нейтралізувати негативний гормональний вплив вмісту кістозних фолікулів на гормональну та овуляторну функцію яєчників. Відрізання від яєчників мікро-

клина порушує цілісність щільної, потовщеної капсули і дає змогу розірватися та проовулювати домінуючому фолікулу. Механічне відрізання від яєчників клина гострим лезом пристрою для механічного ендоскопічного розрізування тканин, а також коагуляція ранових поверхонь біполярним коагулятором замість застосування монополярного струму в режимі різання та коагуляції приводить до меншого ушкодження тканини яєчника та його фолікулярного резерву навколо рани. Біполярний струм тече через тканину тільки в області між двома електродами, тим самим збільшується точність дії, безпека, практично немає пошкодження підлеглих тканин; ризик ненавмисного опіку пацієнтки в місці локалізації контакту з електропровідними об'єктами обмежений; біполярна коагуляція викликає менші перешкоди для іншого електричного обладнання, яке з'єднано з пацієнткою під час операції, ніж монополярна [4. Donnez J., Nisolle M. The place of endoscopic surgery in the management of polycystic ovarian disease // An atlas of laser operative laparoscopy and hysteroscopy. - New York-London, 1994. - P. 169-174.]

Реалізують спосіб таким чином. Проводять лапароскопію за допомогою 4 троакарів: двох 10-міліметрових та двох 5-міліметрових. Перший 10-міліметровий троакар вводять в області пупка, другий - у правій клубовій області. Один 5-міліметровий троакар вводять у лівій клубовій області, інший - над лоном. Через пупковий троакар вводять в черевну порожнину оптичну систему, через інші троакари - маніпулятори. Захоплюють яєчник одним затискачем в центральній частині, другим затискачем допомагають зафіксувати яєчник в області яєчничково-тазової зв'язки. Через надлобковий троакар вводять аспіраційну голку та проводять пункцію всіх кістозних фолікулів з повною аспірацією їх вмісту. Замінюють аспіраційну голку на пристрій для механічного ендоскопічного розрізування тканин та відрізають від яєчників гострим лезом вузький мікроклін в області захопленої затискачем тканини; видаляють резектовану частину яєчника затискачем через троакар; коагулюють ранову поверхню яєчника біполярним коагулятором. Аналогічно проводять пункцію кістозних фолікулів з повною аспірацією їх вмісту та мікрорезекцію другого яєчника. Здійснюють туалет черевної порожнини. Накладають гідроперітонеум в об'ємі до 800 мл. Дренують черевну порожнину. Витягують маніпулятори та троакари. Зашивають троакарні рани.

Приклад 1. Хвора Ш., 21 рік поступила в клініку для оперативного лікування в плановому порядку з діагнозом; безплідність I, СПКЯ.

В анамнезі безплідність протягом 2 років, аменорея протягом 10 місяців. Маса-ростовий коефіцієнт склав 29, гірсутний індекс - 9. При ультразвуковому дослідженні яєчники були збільшені, об'єм правого яєчника склав 14,4 см³, об'єм лівого яєчника - 11,4 см³, відмічалась гіперехогенність стромы, наявність більше 10 мілких фолікулів діаметром менше 8 мм, відсутність домінуючого фолікула, потовщення капсули.

Хвора була прооперована. Проведена лапароскопія, захоплення та фіксація яєчників, пункція кістозних фолікулів яєчників з повною аспірацією їх вмісту, відрізання мікрокліну від яєчників при-

строєм для ендоскопічного механічного розрізування тканин в місці захоплення, коагуляція ранових поверхонь яєчників біполярним коагулятором.

У подальшому після операції менструальному циклі хвора завагітніла, вагітність закінчилася народженням здорової дитини.

Приклад 2. Хвора М., 25 років поступила в клініку для оперативного лікування в плановому порядку з діагнозом: безпліддя І, СПКЯ.

В анамнезі безпліддя протягом 8 років, порушення менструального циклу за типом опсоменореї, ановуляції. Масо-ростовий коефіцієнт складав 30, гірсутний індекс - 10. При ультразвуковому дослідженні яєчники були збільшені, об'єм правого яєчника складав $10,6 \text{ см}^3$, об'єм лівого яєчника - $14,9 \text{ см}^3$, відмічалась гіперехогенність строми, наявність більше 10 дрібних фолікулів діаметром менше 8 мм, відсутність домінантного фолікула, потовщення капсули.

Хвора була прооперована. Проведена лапароскопія, захоплення та фіксація яєчників, пункція кістозних фолікулів яєчників з повною аспірацією їх вмісту, відрізання мікрокліну від яєчників пристроєм для ендоскопічного механічного розрізування тканин в місці захоплення, коагуляція ранових поверхонь яєчників біполярним коагулятором.

Через 3 місяці хвора завагітніла, вагітність закінчилася народженням здорової дитини.

Приклад 3. Хвора С., 25 років, поступила в клініку для оперативного лікування в плановому порядку з діагнозом: безпліддя І, СПКЯ.

В анамнезі безпліддя протягом 6 років, порушення менструального циклу за типом аменореї. Масо-ростовий коефіцієнт складав 29, гірсутний індекс - 8. При ультразвуковому дослідженні яєчники були збільшені, об'єм правого яєчника складав $11,0 \text{ см}^3$, об'єм лівого яєчника - $14,7 \text{ см}^3$, відмічалась гіперехогенність строми, наявність дрібних фолікулів більше 10 діаметром $< 8 \text{ мм}$, відсутність домінантного фолікула, потовщення капсули.

Хвора була прооперована. Проведена лапароскопія, захоплення та фіксація яєчників, пункція кістозних фолікулів яєчників з повною аспірацією їх вмісту, відрізання мікрокліну від яєчників пристроєм для ендоскопічного механічного розрізування тканин в місці захоплення, коагуляція ранових поверхонь яєчників біполярним коагулятором.

Через 6 місяців хвора завагітніла, вагітність закінчилася народженням здорової дитини.

Таким чином, сукупність істотних ознак способу лікування синдрому полікістозних яєчників дає можливість нормалізації мікроциркуляції яєчників, зменшення пошкодження їх фолікулярного резерву, більш ефективного відновлення їх гормональної та овуляторної функції. Застосування даного способу підвищує ефективність лікування безпліддя при СПКЯ та приводить до народження здорової дитини.

Інформаційні джерела

1. Алиева Э.А., Пшеничникова Т.Я., Гаспаров А.С. Результаты лапароскопии у пациенток с синдромом поликистозных яичников, перенесших хирургические методы лечения // Акушерство и гинекология. - 1990. - № 7. - С. 63-66.

2. Бережна Т.А. Порівняльна характеристика ефективності ендоскопічної мікрорезекції та клиноподібної резекції яєчників у лікуванні синдрому полікістозних яєчників із використанням експертної системи прогнозування: Автореф. дис. канд. мед. наук: 14.01.01 / Харківський державний медичний університет. - Харків; 1998. - 17 с.

3. Ентин Б.В., Молжанинов Е.В. Роль диагностической и оперативной лапароскопии в лечении женского бесплодия // Акушерство и гинекология. - 1982. - № 4. - С. 19-21.

4. Donnez J., Nisolle M. The place of endoscopic surgery in the management of polycystic ovarian disease // An atlas of laser operative laparoscopy and hysteroscopy. - New York-London, 1994. - P. 169-174.

ДП "Український інститут промислової власності" (Укрпатент)
Україна, 01133, Київ-133, бульв. Лесі Українки, 26
(044) 295-81-42, 295-61-97

Підписано до друку _____ 2001 р. Формат 60х84 1/8.
Обсяг _____ обл.-вид. арк. Тираж 50 прим. Зам. _____

УкрІНТЕІ, 03680, Київ-39 МСП, вул. Горького, 180.
(044) 268-25-22
