



УКРАЇНА

(19) UA

(11) 44629

(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 ЕНДОМЕТРІОЇДНИХ КІСТ ЯЄЧНИКІВ

1

2

(21) 2001064255

(22) 19.06.2001

(24) 15.02.2002

(46) 15.02.2002, Бюл. № 2, 2002 р.

(72) Грищенко Валентин Іванович, Козуб Микола Іванович, Ілієш Станіслав Олександрович

(73) ХАРКІВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

(57) Спосіб лікування ендометріюїдних кіст яєчників, що включає руйнування кісти та її видалення

за допомогою високочастотного джерела енергії, який **відрізняється** тим, що видалення кісти здійснюють вилущенням капсули від тканини яєчника з одночасною променевою аргоною коагуляцією кровоточивих судин ложа кісти з наступним промиванням хірургічного поля фізіологічним розчином та додатковою обробкою ложа аргоновим коагулятором по спіралі круговими рухами від центра ложа до його периферії, дефект тканини яєчника не ушивають.

Винахід відноситься до галузі медицини, зокрема акушерства і гінекології і може бути використаним для хірургічного лікування ендометріюїдних кіст яєчників.

Лапароскопічні методики лікування, які застосовуються на теперішній час включають такі етапи, як видалення капсули ендометріюїдної кісти, або її руйнування за допомогою різноманітних енергій.

Так, наприклад, відомий спосіб лікування ендометріюїдної кісти яєчника шляхом руйнування ендометріюїдного вогнища за допомогою електричної, лазерної (CO₂, YAG, KTP) енергії, без видалення капсули кісти [Thomas L. Lyons Лапароскопическое лечение эндометриоза. // Эндоскопия в диагностике, лечении и мониторинге женских болезней. - Москва: 2000 - С. 332 - 335; Reich Harry, McGlynn Fran Лечение эндометриозидных кист яичников с использованием лапароскопических хирургических техник. // Международный конгресс по эндометриозу с курсом эндоскопии. - Москва: 1996. - С. 288 - 292].

Також відомий спосіб лікування ендометріюїдної кісти, що включає комбінований вплив (видалення капсули ендометріюїдної кісти з додатковою обробкою її ложа за допомогою однієї з високочастотних енергій), який підвищує «абластичність» операції [Кулаков В. И., Адамьян Л. В. Дискуссионные вопросы оперативной гинекологии // Международный конгресс по эндометриозу с курсом эндоскопии. - Москва: 1996. - С. 17 - 27].

Основними недоліками всіх вищезгаданих ендоскопічних методів лікування ендометріюїдних

кіст яєчників є відсутність можливості чітко дозувати глибину дії коагуляції, а також запобігти неконтрольованого нагріву тканини яєчника при застосуванні електричної, лазерної, термічної енергії [В. И. Грищенко, Н. И. Козуб, С. А. Илиеш Оптимизация лапароскопических вмешательств при генитальном эндометриозе и его сочетании с СПКЯ // В сборнике Эндоскопия в диагностике, лечении и мониторинге женских болезней. Под ред. В. И. Кулакова и Л. В. Адамьян. - Москва: 2000 - С. 389 - 391].

Найбільш близьким до способу, що заявляється є видалення ендометріюїдних кіст яєчників із застосуванням CO₂ лазера [Адамьян Л. В., Кулаков В. И. Эндометриозы: Руководство для врачей. - М.: Медицина, 1998. - 320 с. ил. (с. 234)]. Спосіб включає наступні етапи лікування: видалення кісти з навколишніх спайок, розкриття просвіту, розсічення коркового шару яєчника, вилущування кісти, додаткову обробку ложа з метою гемостазу і абластики сфокусованим лазерним променем потужністю 12 - 20 Вт. При наявності крупних судин в області воріт яєчника видаляли всю внутрішню капсулу шляхом її випарювання сфокусованим променем лазера потужністю 16 - 20 Вт. CO₂ лазер використовували на усіх етапах видалення ендометріюїдної кісти. Яєчник зашивали по загальноприйнятим методикам нитками, що розсмоктуються.

Недоліками способу є неможливість чіткого дозування глибини впливу при використанні CO₂ лазера, низька мобільність і швидкість лазерної хірургії в порівнянні з електрохірургією [David B.

(13) A

(11) 44629

(19) UA

Redwine Эффективное использование лапароскопических монополярных технологий: основы // Международный конгресс по эндометриозу с курсом эндоскопии. - Москва 1996. С. 219 - 240], висока вартість лазерного обладнання, підвищення частоти розвитку звукового процесу при ушиванні тканини яєчника [Кулаков В. И., Адамян Л. В., Мынбаев О. А. Послеоперационные спайки. - Москва, "Медицина" 1998].

В основу винаходу покладено задачу підвищення ефективності лікування хворих на ендометрію кисті та її видалення за допомогою впливу, який максимально зберігає здорову тканину яєчника, що залишилася після видалення капсули кисті.

Задача, яку покладено в основу винаходу вирішується тим, що у відомому способі лікування ендометріюїдних кист яєчника, що включає руйнування кисті та її видалення за допомогою високо-частотного джерела енергії, згідно з винаходом, видалення кисті здійснюють вилученням капсули від тканини яєчника з одночасною променевою аргонною коагуляцією кровоточивих судин ложа кисті з наступним промиванням хірургічного поля фізіологічним розчином та додатковою обробкою ложа аргонним коагулятором по спіралі круговими рухами від центру ложа до його периферії, дефект тканини яєчника не ушивають.

Спосіб лікування, що заявляється є більш ефективним, оскільки забезпечує мінімальну травму тканини яєчника, що залишилася після видалення капсули кисті, підвищує «абластичність» операції за рахунок коагуляції мікроскопічних вогнищ, які не удається видалити механічно. Спосіб забезпечує надійний гемостаз і мінімальну крововтрату, зводить до мінімуму поразку фолікулярного апарату частки яєчника, що залишилася, скорочує час оперативного втручання за рахунок швидкого досягнення гемостазу, а також знижує частоту виникнення злуклого процесу в післяопераційному періоді, за рахунок мінімізації травми тканин, та підвищує рівень фертильності жінок страждаючих безплідністю, причиною якої є ендометріюїдні кисті яєчників.

Спосіб здійснюють таким чином. Застосовують лапароскопічне видалення капсули кисті з резекцією частини яєчника з додатковою променевою аргонною коагуляцією ложа кисті з використанням променевого аргонного коагулятора "Beamer-2" фірми Birtcher Medical System (США). Ендометріюїдну кисту яєчника виділяють із зрощень, фіксують яєчковим затискачем і пунктують. Вміст кисті аспірують і відправляють на цитологічне дослідження. Стінку кисті в місці проколу заварюють аргонним коагулятором. За допомогою аргонного коагулятора роблять коагуляцію кори яєчника по лінії передбачуваного розрізу, що дозволяє краще орієнтуватися в анатомії яєчника, і забезпечує мінімальну крововтрату при подальшому розрізі. Кору яєчника розрізають мікроножицями, капсулу кисті видаляють із застосуванням яєчкових затискачів, одним з яких фіксують яєчник, а другим здійснюють відшарування капсули кисті від тканини яєчника. При цьому капсулу кисті накручують на один затискач, а частину яєчника, що залишилась на другий затискач. Обертання

затискачів здійснюють в протилежних напрямках. Одночасно виконують променеву аргонну коагуляцію судин ложа кисті, що кровоточать. При неможливості відділення капсули ендометріюїдної кисті таким шляхом, виконують відділення її шляхом гострої дисекції. Після, промивання ложа кисті фізіологічним розчином для видалення залишків крові і візуалізації джерел кровотечі, а також для підвищення абластичності операції ложе кисті повторно обробляють променевим аргонним коагулятором. Обробку виконують від центра ложа (області ворот яєчника) до його периферії круговими рухами по спіралі. При цьому коагуляцію тканини яєчника виконують височастотною енергією, що постачається до тканини яєчника через струмину інертного газу - аргону, кімнатної температури низьким потоком, до повного гемостазу поверхні ложа кисті без безпосереднього контакту з тканиною яєчника. Під час коагуляції яєчника відсутні горіння та нагрівання його тканини, аргон здуває кров з поверхні яєчника та дає можливість енергії впливати безпосередньо на тканину, а не коагулювати протеси крові, що випливає із судин яєчника. Застосовуваний режим потужності 40 - 60 Вт. Час обробки коагулятором залежить від розміру кисті. Глибина коагуляції тканини яєчника - 2мм. Ушивання дефекту тканини яєчника не застосовують. Для видалення капсули кисті із черевної порожнини використовують хірургічну рукавичку. В кінці операції в черевну порожнину вводять поліхлорвінілову трубку від системи для переливання крові, яку використовують як дренаж і мікроіригатор для введення гідрокортизону і антибіотиків.

Спосіб ілюструє наступний приклад:

Хвора Т., 32 років, історія хвороби № 3595/1301. Поступила в відділення з діагнозом: Ендометріюїдна кіста правого яєчника. Виконана операція: Лапароскопія. Видалення ендометріюїдної кисті правого яєчника з аргонною коагуляцією ложа кисті. Променева аргонна коагуляція вогнищ ендометріозу очеревини. Під час операції виявлено ендометріюїдну кисту правого яєчника до 3см у діаметрі, та декілька вогнищ ендометріозу очеревини малого тазу до 0,2см у діаметрі. Кіста була виділена з зрощень, зафіксована яєчковим затискачем, зроблена пункція і аспірація вмісту кисті. Стінка кисті в місці проколу заварена променевим аргонним коагулятором. За допомогою аргонного коагулятора здійснена коагуляція кори яєчника по лінії передбачуваного розрізу. Кору яєчника було розрізано мікроножицями, капсулу кисті видалено із застосуванням яєчкових затискачів, одним з яких зафіксовано яєчник, а другим відшарувано капсулу кисті від тканини яєчника. При цьому капсула кисті накручувалась на один затискач, а частина яєчника, що залишилась на другий затискач. Обертання затискачів робилось в протилежних напрямках. Одночасно виконувалась променева аргонна коагуляція судин ложа кисті, що кровоточили. Після промивання ложа кисті фізіологічним розчином і видалення залишків крові та візуалізації джерел кровотечі, а також для підвищення абластичності операції ложе кисті було повторно оброблено променевим аргонним коагулятором потужністю 40Вт. Обробка виконувалась від центра ложа (області ворот яєчника) до

5

44629

6

його периферії круговими рухами по спіралі. Дефект тканини яєчника не ушивався. Капсула кісти видалена із черевної порожнини у хірургічній рукавичці.

Післяопераційний період протікав гладко. Діагноз ендометріюїдної кісти яєчника підтверджений

гістологічно. Виписана на 5 добу в задовільному стані. В післяопераційному періоді хвора одержувала даназол по 400 мг в продовж 6 місяців. Через 6 місяців після закінчення терапії даназолом наступила маткова вагітність.