



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **66749** (13) **U**
(51) МПК (2011.01)
A61B 17/00

ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ДЕЕПІТЕЛІЗАЦІЇ НЕПАРАЗИТАРНИХ КІСТ ПЕЧІНКИ

1

(21) u201109985

(22) 12.08.2011

(24) 10.01.2012

(46) 10.01.2012, Бюл.№ 1, 2012 р.

(72) КРИВЧЕНЯ ДАНИЛО ЮЛІАНОВИЧ, ПРИТУЛА
ВАСИЛЬ ПЕТРОВИЧ, ЯРЕМЕНКО ВАДИМ ВОЛО-
ДИМИРОВИЧ, ДУБРОВІН ОЛЕКСАНДР ГЛІБО-
ВИЧ, СІЛЬЧЕНКО МИХАЙЛО ІВАНОВИЧ, ХУС-
СЕЙНІ САЄД ФАЙЗУЛА, МЕТЛЕНКО ОЛЕКСАНДР
ВОЛОДИМИРОВИЧ

2

(73) НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ О.О. БОГОМОЛЬЦЯ

(57) Спосіб деепітелізації непаразитарних кіст печінки, що включає лапаротомію, пункцію та аспірацію вмісту кісти з наступним розкриттям порожнини кісти, який відрізняється тим, що внутрішню порожнину кісти обробляють тампонами, почергово змоченими 10 % спиртовим розчином йоду, 96 % етиловим спиртом і 0,02 % розчином хлорексидину біглюконату протягом 5 хвилин кожний.

Корисна модель, що заявляється, належить до медицини, а саме до хірургії, і призначена для хірургічного лікування непаразитарних кіст печінки, а власне - до способу деепітелізації непаразитарних кіст печінки, який використовується при такому лікуванні.

Непаразитарні кісти печінки - досить часта патологія, яка зустрічається у 5 % від загальної кількості населення. Непаразитарні кісти бувають набутими та вродженими, тобто такі, які виникають при порушенні формування тканин і органів. За механізмом утворення розрізняють кісти ретенційні, травматичні, дизонтогенетичні, пухлинні тощо. Існують справжні та несправжні непаразитарні кісти печінки. Справжні кісти зсередини вистелені циліндричним або кубічним епітелієм. Внутрішня стінка несправжньої кісти складається із фіброзно-зміненої тканини печінки або має запальний характер, при якому внутрішній шар кісти представлений грануляційною тканиною. Елементи внутрішньої епітеліальної вистілки непаразитарних кіст печінки є джерелом продукування рідинного вмісту кісти, що є причиною росту кісти в об'ємі [1].

Єдиним ефективним радикальним методом лікування непаразитарних кіст печінки є хірургічний. Суть операції полягає в пункції кісти, евакуації її вмісту, розкритті порожнини та у видаленні стінок із наступним зашиванням порожнини. Однак, у 17,4-64,0 % пацієнтів після хірургічного лікування непаразитарних кіст печінки зустрічаються післяопераційні ускладнення, а у 7,7-15,0 % - рецидив захворювання, основною причиною якого є недоліки в деепітелізації таких кіст під час операції [2].

Найбільш близьким до способу, що заявляється, вибраний як прототип, є спосіб деепітелізації непаразитарних кіст печінки, при якому після лапаротомії, пункції та аспірації вмісту кісти, розкривають її порожнину та одночасно обробляють тампоном, змоченим 70 % етиловим спиртом [3].

Проте, одночасна обробка внутрішньої порожнини кісти даним препаратом не гарантує в достатній мірі деепітелізацію непаразитарної кісти. Крім того, використання 70 % етилового спирту як антисептика, не забезпечує гарантованої знезаражувачої дії при можливому інфікуванні кісти. Все це може стати причиною появи післяопераційних ускладнень і рецидиву захворювання.

Задача, яку поставлено в основу корисної моделі, що заявляється, полягає у підвищенні ефективності хірургічного лікування непаразитарних кіст печінки за рахунок забезпечення умов, які запобігають післяопераційним ускладненням та появі рецидиву захворювання, шляхом підвищення надійності деепітелізації внутрішньої порожнини кісти при хірургічному втручанні.

Отриманий технічний результат зводиться до зниження кількості післяопераційних ускладнень і рецидиву захворювання при хірургічному лікуванні непаразитарних кіст печінки.

Поставлена задача вирішується тим, що у відомому способі деепітелізації непаразитарних кіст печінки, що включає лапаротомію, пункцію та аспірацію вмісту кісти з наступним розкриттям порожнини кісти, згідно з корисною моделлю, внутрішню порожнину кісти обробляють тампонами, почергово змоченими 10 % спиртовим розчином йоду, 96

(19) **UA** (11) **66749** (13) **U**

% етиловим спиртом і 0,02 % розчином хлоргексидину біглюконату протягом 5 хвилин кожний.

Відмінними ознаками корисної моделі, що заявляється, є те, що деепітелізацію непаразитарних кіст печінки проводять не лише одним препаратом - 70 % етиловим спиртом, а комбінацією трьох антисептиків (10 % спиртовим розчином йоду, 96 % етиловим спиртом і 0,02 % розчином хлоргексидину біглюконату), бо одномоментна обробка внутрішньої порожнини кісти лише 70 % етиловим спиртом не гарантує в достатній мірі деепітелізації непаразитарної кісти. Крім того використання 70 % етилового спирту, як антисептика, не забезпечує гарантованої знезаражуючої дії при можливому інфікуванні кісти.

Використовувані нами препарати (10 % спиртовий розчин йоду, 96 % етиловий спирт і 0,02 % розчин хлоргексидину біглюконат) мають виражені антисептичні та «дубильні» характеристики, що гарантує надійну деепітелізацію кісти. Обробка порожнини таким способом проходить від більш агресивного препарату - до слабшого, одночасно пом'якшуючи токсичний вплив попереднього засобу на уражений орган та організм в цілому.

Саме ці технічні особливості запобігають появі можливих післяопераційних ускладнень і рецидиву захворювання при деепітелізації непаразитарних кіст печінки. Новизна полягає в оптимізації хірургічного втручання шляхом врахування фармакологічних властивостей антисептичних препаратів і анатомофізіологічних особливостей печінки та організму в цілому при даній патології. За доступними літературними даними такий спосіб деепітелізації непаразитарних кіст печінки невідомий.

Спосіб здійснюється наступним чином:

Після лапаротомії та ідентифікації кісти її ретельно відмежують серветками та пелюшками від інших органів і вільної черевної порожнини. Пунктують кісту товстим вазофіксом. Місце пункції вибирають не в самому центрі кісти, а біля проксимального до хірурга краю. Перед цим накладають кисетний шов в стінці кісти, щоб під час пункції можна загерметизувати прокол. Вазофіксом біля проксимального краю кісти проводять її пункцію. Цей технічний прийом виконують для того, що після відсмоктування рідини кіста зменшується в розмірах і «ховається». Це важливо при труднодоступній локалізації патології. Пунктують кісту вазофіксом, а не товстою голкою, щоб не пошкодити цією голкою протилежний край фіброзної капсули або саму стінку. Спершу відсмоктують максимальну кількість рідини, що міститься в кісті для ідентифікації кольору рідини, що могло свідчити про наявність жовчної нориці та про характер пошкодження судин або жовчних ходів. Відсмоктавши рідину з порожнини кісти, виймають вазофікс, розкривають порожнину кісти, а після того внутрішню порожнину кісти обробляють спершу тампоном, змоченим 10 % спиртовим розчином йоду, потім - 96 % етиловим спиртом і закінчують обробляти порожнину тампоном з 0,02 % розчином хлоргексидину біглюконату протягом 5 хвилин кожний.

Приклад конкретного втілення.

Дівчина К., 13 років, (історія хв. № 1963), була прийнята 26.10.2006 року в клініку дитячої хірургії НМУ зі скаргами на періодичні болі в правій підпечерній ділянці. Після обстеження на ультрасонографії встановлено, що в VIII сегменті печінки наявне утворення круглої форми діаметром 90 мм з ознаками кісти. Кісту виявлено 1 місяць назад, направлено в НДСЛ «Охматдит» для хірургічного лікування. Характер даного утворення підтверджено комп'ютерною томографією. Клінічний діагноз: Непаразитарна кіста печінки великих розмірів, VIII сегмент.

07.11.2006 року у плановому порядку виконана операція - лапаротомія, пункція, висічення оболонки кісти з капітономом і дренажування порожнини кісти. Під час операції отримали 580 мл прозорої рідини, проводили деепітелізацію непаразитарної кісти печінки за запропонованим способом.

Післяопераційний період протікав без ускладнень. При контрольному ультрасонографічному обстеженні на 8 добу (13.06.2006 р.) в проекції оперованої кісти видно залишкову порожнину об'ємом 70 мл, неправильної форми та неоднорідним вмістом, просвіті якої знаходиться дренажна трубка. На 15-ту забрано дренажну трубку. На 17 добу в задовільному стані дитина виписана додому. Оглянута повторно через 1, 4, 6, 9, 12 місяців, 2, 3, 4 і 4,5 років після операції. Роста і розвивається добре. На ультрасонографії через 4,5 років (24.05.2011 р.) патологічних змін в печінці не виявлено.

У клініці дитячої хірургії НМУ з 1994 до 2011 року проведено 40 відкритих хірургічних втручань при непаразитарних кістах печінки з використанням способу, що заявляється. Даний спосіб дозволив гарантовано добитися як деепітелізації, так і знезараження непаразитарної кісти. В жодному випадку ми не мали рецидиву захворювання та побічних ускладнень у вигляді алергічних реакцій чи порушень функції організму іншого характеру. У 10 пацієнтів з непаразитарними кістами печінки ми проводили деепітелізацію порожнини кісти за способом-прототипом. У 2 із 10 пацієнтів у післяопераційному періоді проходило тривале (20 і 25 днів відповідно) виділення рідинного вмісту по дренажу із зашитої кісти, що свідчило про недостатню деепітелізації порожнини кісти.

Таким чином, завдяки створенню оптимальних умов для підвищення надійності деепітелізації порожнини непаразитарної кісти шляхом врахування фармакологічних властивостей антисептичних препаратів і анатомо-фізіологічних особливостей печінки та організму в цілому при даній патології, вдалося запобігти післяопераційним ускладненням та появі рецидиву захворювання, чим забезпечується успішне лікування.

Список літератури

1. Борисов А.Е., Земляной В.П., Непомнящая С.Л., Чистяков Д.Б. Непаразитарные кисты печени. - СПб.: Издание Предприятия ЭФА, 2000. - 82 с.
2. Шерлок Ш., Дули Дж. Заболевания печени и желчных путей: Практ. рук.: Пер. с англ. / Под ред З.Г. Апросиной, Н.А. Мухина. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. - 864 с.

3. Тимошин А.Д., Шестаков А.Л., Юрасов А.В.
Малоинвазивные вмешательства в абдоминаль-
ной хирургии. - М.: Триада-Х, 2003. - 216 с.

