

Materials and methods. There were observed 60 patients with surgical and natural menopause occurring within the period from 1 to 3 years, who were divided into three clinical groups depending on the received therapy. The first group consisted of 21 patients who were taking hormone replacement therapy (HRT) or phytoestrogens in combination with cartilage protectors. The second group included 23 patients, who were prescribed cartilage protectors monotherapy. The third group consisted of 18 women who did not receive any regular treatment and in case of acute pain syndrome took NSAIDs. These women were also referred to the control group.

Results. Women's menopause along with typical symptoms of the climacteric syndrome is complicated by manifestations of arthropathy in 78% of cases. The inclusion of HRT in combination with cartilage protectors into the complex therapy gives the best clinical results both with climacteric syndrome and arthropathies. On the one hand this treatment approach allows adjusting the deficit of sex hormones, the severity of typical manifestations of the climacteric syndrome and slows the process of the joint tissue disintegration. The obtained data show the necessity of early correction of the possible manifestations of the climacteric syndrome and the development of arthropathy in patients with surgical menopause. The prospect for further research is the development of an optimal regimen of climacteric syndrome treatment, which includes manifestations of arthrosis and criteria for its prescription in obstetrician-gynecologist's practice.

Key words: climacteric syndrome, arthropathy, drug therapy.

Відомості про авторів:

Грищенко Ольга Валентинівна – професор, д. мед. н., зав. кафедрою перинатології, акушерства та гінекології Харківської медичної академії післядипломної освіти, зав. кафедрою акушерства і гінекології Харківського національного університету імені В.І. Каразіна. Адреса: Харків, вул. Корчагінців, 58, тел.: (057) 711-35-56, (057) 711-80-25.

Васильєва Ірина Анатоліївна – к. мед. н., доцент кафедри акушерства і гінекології Харківського національного університету імені В.І. Каразіна. Адреса: Харків, вул. Корчагінців, 58, тел.: (057) 711-35-56, (057) 711-80-25.

Гришук Ксенія Олександрівна – лікар акушер-гінеколог медичного центру «Добробут» м. Київ, пошукач кафедри перинатології, акушерства та гінекології Харківської медичної академії післядипломної освіти. Адреса: Харків, вул. Корчагінців, 58, тел.: (057) 711-35-56, (057) 711-80-25.

УДК 618.132-007.274. 615.832.7. 618.177

© М.І. КОЗУБ, Ю.В. РИЖЕНКО, 2015

М.І. Козуб, Ю.В. Риженко

**ВИКОРИСТАННЯ РАДІОХВИЛЬОВОЇ ЕНЕРГІЇ,
КАРБОМЕТИЛЦЕЛЮЛОЗИ Й КОМПЛЕКСУ
РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ВІДНОВЛЕННІ
ФЕРТИЛЬНОСТІ У ПАЦІЄНТОК ІЗ ТРУБНО –
ПЕРИТОНЕАЛЬНИМ БЕЗПЛІДДЯМ
ЗАПАЛЬНОГО ГЕНЕЗУ**

Харківська медична академія післядипломної освіти

Вступ. Більше 1 мільйона подружніх пар в Україні страждають безпліддям. У структурі жіночого безпліддя, основна роль належить трубно – перитонеальній формі безпліддя, яка становить 30 - 75%. Спайковий процес розвивається у 50-80% пацієнток після лапароскопічного лікування, а репродуктивна функція 36. наук. праць співробіт. НМАПО
імені П.Л.Шулика 24 (3)/2015

відновлюється лише у 15 – 47% жінок [1], тому розробка сучасних методик лапароскопічного лікування, інтраопераційної профілактики розвитку спайкового процесу і реабілітації у післяопераційному періоді є актуальною задачею сучасної гінекології.

Мета. Розробка сучасних підходів до лапароскопічного лікування й післяопераційного ведення пацієнток із трубно-перитонеальним фактором безпліддя запального ґенезу.

Матеріали та методи. Проведена оцінка ефективності розробленого способу лапароскопічного лікування із застосуванням радіохвильової енергії, карбо-метилцелюлози й комплексу післяопераційної реабілітації у 48 пацієнток із трубно – перитонеальним безпліддям запального ґенезу. Проведена порівняльна оцінка ефективності запропонованого способу із загальноприйнятою методикою лікування у 48 пацієнток із трубно-перитонеальним безпліддям запального ґенезу.

Результати. Доведено, що використання запропонованого способу лікування в 2,4 рази підвищує настання маткової вагітності і в 1,7 рази знижує настання трубної вагітності у пацієнток із трубно – перитонеальною формою безпліддя зі спайковим процесом I – II ступеня.

Ключові слова: трубно – перитонеальне безпліддя запального ґенезу, лапароскопія, протиспайкові бар'єри, профілактика спайкоутворення.

Вступ. Більше 1 мільйона подружніх пар в Україні страждають безпліддям. В 2006 році Постановою № 224-р від 27 квітня Кабінет Міністрів України затвердив Державну програму «Репродуктивне здоров'я нації» на 2006-2015 роки. Основною метою програми є покращення репродуктивного здоров'я населення України за рахунок впровадження новітніх технологій надання медичної допомоги [1]. У структурі жіночого безпліддя, за даними різних авторів, основна роль належить трубно – перитонеальній формі безпліддя, яка становить 30 - 75% [2, 3]. При цьому, як вважає більшість дослідників [3, 4], у структурі трубно – перитонеальної форми безпліддя переважає трубний фактор (35-40%), а перитонеальна форма безпліддя спостерігається в 9,2-34% випадків. Безпліддя, яке обумовлено спайковим процесом в ділянках органів малого таза при наявності рентгенологічно прохідних маткових труб, визначається як «перитонеальне» [2]. При первинному безплідді частота ураження маткових труб становить 29,5-70%, при вторинному безплідді - 42-83% [5]. Основною причиною трубно - перитонеального безпліддя являються перенесені запальні захворювання органів малого таза, обумовлені інфекціями, що передаються статевим шляхом, які приводять до повної або часткової непрохідності маткових труб внаслідок незворотного ушкодження циліндричного епітелію, облітерації стінок, інфільтрації, перегинів, обумовлених перитубарними і яєчниковими зрощеннями. Слід зазначити, що хронічні запальні захворювання придатків матки виникають у молодому віці, характеризуються тривалим, затяжним плином, приводять до стійкого болючого синдрому, розладів менструального циклу, порушенню репродуктивної функції й сексуального життя. Крім цього, хронічні запальні захворювання придатків матки супроводжуються частими загостреннями й рецидивами, вираженими метаболічними розладами в тканинах, виснаженням компенсаторних можливостей організму, порушенням основних ланок імунітету й системи гомеостазу [6]. Незалежно від збудника, при первинному гострому інфікуванні маткових труб ушкоджується, головним чином, слизова оболонка. Зрощення, які виникають після первинного ураження маткових труб, звичайно мають вигляд тонких досить пухких мембран,

проте вже на цьому етапі порушуються механізми захоплення й транспорту яйцеклітини. Після рецидивів хронічного сальпінгофориту виникають значно більш щільні спайки, які деформують маткову трубу й грубо порушують її функцію. Паралельно відзначається підвищення активності фібробластів на серозній оболонці труби й часто розвивається перитубарний спайковий процес. Найчастіше прохідність маткових труб у результаті інфекційного процесу ушкоджується в ампулярному, рідше – в інтерстиціальному і дуже рідко – в істмічному відділах. Даний феномен пов'язаний з особливостями кровопостачання ампулярних відділів маткових труб по типу венозних лакун і артеріовенозних анастомозів, а також з перевагою в'ячого епітелію, який нестійкий до факторів, що ушкоджують, особливо інфекційної природи. Ці анатомо – фізіологічні особливості й визначають переважне ураження ампулярних відділів маткових труб незалежно від типу інфекції й шляхів її влучення в трубу. Разом з тим є відомості про те, що гострий сальпінгіт може приводити до утворення перитубарних спайок, не викликаючи виражених анатомо-функціональних порушень у маткових трубах [2].

Обстеження пацієнток з трубно-перитонеальним фактором безпліддя повинно включати вивчення даних загальноклінічного обстеження, метросальпінгографії, мультиспіральної комп'ютерної гістеросальпінгографії, даних ультразвукового дослідження органів малого таза. Для достовірної оцінки стану маткових труб та вирішення питання оптимального способу їх лікування останнім часом застосовується інтраопераційна лапароскопічна ехографія, що дозволяє зберегти у частини пацієнток маткові труби, видалення яких знижує в майбутньому оваріальний резерв пацієнток у 1,3–1,4 рази. Крім того під час лапароскопічного втручання визначається ступінь розповсюдження спайкового процесу [1].

Дотепер немає єдиної основної класифікації спайкового процесу, яка могла б відповідати всім вимогам сучасної хірургії малого таза. Прийнята в 1982 році класифікація спайок S.Hulka виділяє чотири ступені спайкового процесу в малому тазу: I ступінь спайкового процесу – одиничні плівчасті, безсудинні спайки, без порушення анатомо-топографічних взаємин матки й придатків; маткові труби прохідні, візуалізується більша частина яєчника; II ступінь – множинні плівчасті спайки між матковою трубою і яєчником, в області крижово-маткових зв'язок, можливі невеликі анатомо-топографічні порушення внутрішніх органів; більше 50% поверхні яєчника вільна, ампулярна оклюзія зі збереженням складок маткових труб; III ступінь – щільні судинні спайки, що порушують анатомо-функціональний стан внутрішніх статевих органів, у патологічний процес залучена матка, придатки, сальник; вільно менше 50% поверхні яєчника, ампулярна оклюзія з розрушенням складок маткових труб; IV ступінь - множинні фіброзні спайки в малому тазу, що важко піддаються розділенню; у патологічний процес залучені статеві органи, придатки, сальник, кишечник; поверхня яєчника не візуалізується, двобічні гідросальпінкси. На сьогодні загальноприйнятою є також класифікація аднексальних спайок, запропонована Американським суспільством фертильності (1988), [7], яка представлена в таблиці 1. Після бальної оцінки ступінь спайкового процесу визначається сумою балів: 0-5 балів – мінімальні спайки I ступінь; 6-10 балів – середні спайки II ступінь; 11-20 балів – помірні спайки III ступінь; 21-32 балів - тяжкі спайки IV ступінь. Якщо фімбріальний відділ маткової труби повністю

АКУШЕРСТВО, ГІНЕКОЛОГІЯ ТА РЕПРОДУКТОЛОГІЯ

закритий спайками, це дорівнюється 16 балам. На даний час при лікуванні трубно - перитонеального безпліддя методом вибору є лапароскопічний доступ, який дозволяє досягти відновлення прохідності маткових труб в 70 - 90%, а настання вагітності – тільки в 15 - 47% оперованих жінок [2, 7].

Таблиця 1

Класифікація аднексальних спайок Американського суспільства фертильності (The American Fertility Society Classification of Adnexal Adhesions) AFS, 1988

Органи		З'єднання	< 1/3 прикрите	1/3 – 2/3 прикрите	> 2/3 прикрите
Яєчники	Правий	Плівчасті	1	2	4
		Щільні	4	8	16
	Лівий	Плівчасті	1	2	4
		Щільні	4	8	16
Маткові труби	Правий	Плівчасті	1	2	4
		Щільні	4	8	16
	Лівий	Плівчасті	1	2	4
		Щільні	4	8	16

В останній час розроблені та проведені експериментальні дослідження на тваринах та запропоновані нові підходи до лікування гінекологічних захворювань з використання радіохвильової енергії, ефект розрізу при використанні якої досягається за допомогою тепла, яке виділяється при опорі, який тканини виявляють проникненню радіохвиль. Радіохвильова енергія фокусується на кінчику електроду, при цьому електрод не нагрівається, а концентрує енергію, підвищуючи утворення молекулярної енергії усередині кожної клітки й, фактично, випаровує її при контакті з електродом. Радіохірургічний розріз проводиться без тиску на тканину, зводячи до мінімуму механічне й термічне ушкодження тканин. Зниження усмоктувальної здатності ранньої поверхні й зменшення потраплення тканинної рідини прискорюють загоєння ран. Заміна лігування кровоносних судин радіохвильовою коагуляцією забезпечує меншу локальну реакцію тканин і краще загоєння рани. Безсумнівною перевагою радіохірургії є безрубцеве загоєння рани, а також ефект стерилізації випромінюваних радіохвиль. Після застосування радіохвильової енергії репаративна регенерація починається в більш ранні строки, протікає з невеликою запальною реакцією й мінімальним коагуляційним некрозом. У кінцевій фазі загоєння відзначається утворення ніжного рубця [9, 10].

Не дивлячись на застосування ендоскопічних методик в лікуванні трубно – перитонеального безпліддя та широкий арсенал медикаментозних засобів, які застосовуються, частота розвитку спайкового процесу у післяопераційний період сягає 50 - 0% [7], тому розробка новітніх підходів до нтраопераційної рофілактики розвитку спайкового процесу, реабілітації пацієнток в післяопераційний період не втрачає своєї актуальності. Можливими резервами підвищення ефективності хірургічного лікування трубно - перитонеального безпліддя можуть стати заходи, спрямовані на мінімізацію впливу на тканини маткових труб за рахунок використання радіохвильової енергії при їх хірургічному лікуванні та застосування

АКУШЕРСТВО, ГІНЕКОЛОГІЯ ТА РЕПРОДУКТОЛОГІЯ

сучасних протиспайкових інтраопераційних бар'єрів і сучасного комплексу реабілітаційної терапії в післяопераційний період.

Мета. Розробка сучасних підходів до лапароскопічного лікування й післяопераційного ведення пацієнок із трубно-перитонеальним фактором безпліддя запального генезу.

Матеріали та методи. Проведений аналіз ефективності лікування 96 пацієнок із трубно-перитонеальним фактором безпліддя запального генезу, яким були виконані ендоскопічні втручання з використанням лапароскопічного обладнання «Азимут» (Росія), апарату діатермічної енергії ЕХВЧ «Азимут» (Росія) і апарату радіохвильової енергії ЕХВА-350М/120Б«Надія - 2» модель 120РХ (Україна) на клінічній базі кафедри акушерства й гінекології №2 Харківської медичної академії післядипломної освіти в Харківському міському клінічному пологовому будинку №2 ім. М. Х. Гельферіха. Отримані результати лікування 96 пацієнок із трубно – перитонеальною формою безпліддя запального генезу порівнювалися з показниками фертильності 30 практично здорових жінок репродуктивного віку 1 – ї контрольної клінічної групи. Всі пацієнтки до оперативного лікування пройшли стандартне обстеження. 96 пацієнок із трубно – перитонеальною формою безпліддя запального генезу були розділені на 2 клінічні групи – 2 –у та 3 – ю (по 48 жінок у кожній). Вік пацієнок 2 - ї і 3 - ї клінічних груп коливався від 24 до 40 років. Первинне безпліддя відзначено у 48 (50%), вторинне - також у 48 (50%) пацієнок. Із перенесених гінекологічних захворювань хронічний запальний процес придатків матки відзначався у всіх 96 (100%) пацієнок. Апендектомію в анамнезі перенесли 14 (14,5%). Раніше перенесені гінекологічні операції мали місце у 22 жінок (23%), з них: видалення правої маткової труби – у 8 (8,3%), видалення лівої маткової труби – у 4 (5,2%), видалення правих придатків матки – у 2 (2,1%), лівих придатків матки – у 3 (3,1%), у 1 пацієнтки раніше виконана резекція 1/3 яєчника лапаротомічним доступом.

Усім 96 пацієнткам 2 – ї та 3 – ї клінічних груп із трубно-перитонеальним фактором безпліддя були виконані лапароскопічні втручання, під час яких оцінювався ступінь спайкового процесу згідно із класифікацією Американського суспільства фертильності (1998). Спайковий процес органів малого таза мав місце у 96 (100%) хворих, з них спайковий процес I – II ступеня - виявлено у 69 (71,8%), а III – IV ступеню – у 27 (28,1%) пацієнок. У 48 пацієнок 2 - ї клінічної групи при лапароскопії було виявлено: оклюзія правої маткової труби у 9 (18,75%), оклюзія лівої маткової труби - у 6 (12,5%), оклюзія обох маткових труб у 16 (33,3%) жінок. Спайковий процес III - IV ступеню з оклюзією маткових труб III – IV ступеню по Donnez - у 17 (35,4%), з них поєднання трубно- перитонеального безпліддя й СПКЯ - у 3 (6,25%), наявність лейоміоми матки - у 4 (8,3%), вогнища ендометріозу - у 5 (10,4%) жінок. У 48 пацієнок 3 - ї клінічної групи при лапароскопії було виявлено: оклюзія правої маткової труби – у 10 (20,8%), оклюзію лівої маткової труби – у 5 (10,4%), оклюзія обох маткових труб - у 23 (48%) жінок. Спайковий процес III - IV ступеню з оклюзією маткових труб III - IV ступеню по Donnez - у 10 (20,8%), з них поєднання трубно- перитонеального безпліддя й СПКЯ - у 2 (4,1%), наявність лейоміоми матки - у 3 (6,25%), вогнища ендометріозу - у 5 (10,4%) жінок. Всім 48 пацієнткам 2 - ї клінічної групи із трубно - перитонеальною формою безпліддя виконана лапароскопія,

АКУШЕРСТВО, ГІНЕКОЛОГІЯ ТА РЕПРОДУКТОЛОГІЯ

сальпінгооваріолізіс, фімбріолізіс з використанням діатермічної енергії монополярним електродом, фімбріопластика маткових труб по Брюа біполярним електродом апарату «Азимут» (Росія), профілактика розвитку спайкового процесу проводилася за загальноприйнятою методикою. Після проведеного лапароскопічного втручання для подальшого лікування було взято 31 пацієнтку зі спайковим процесом I - II ступеня, а 17 пацієнткам з оклюзією маткових труб III - IV ступеню по Donnez і III - IV ступеню спайкового процесу було рекомендовано проведення ЕКЗ. Всім 48 пацієнткам III клінічної групи із трубно – перитонеальною формою безпліддя виконана лапароскопія, сальпінгооваріолізіс, сальпінгостомія списоподібним електродом фірми ELLMAN (США) радіохвильовою хірургічною енергією потужністю 60 Вт у режимі «чисте різання», фімбріопластика маткових труб по Брюа біполярним електродом з використанням радіохвильового хірургічного апарату ЕХВА-350М/120Б «Надія - 2» модель 120РХ (Україна). Профілактика розвитку спайкового процесу проводилася інтраопераційним введенням протиспайкового гелю - карбометилцелюлози. Протиспайковий бар'єр вводився на поверхню місця роз'єднання зрощень. Після проведеного лапароскопічного втручання для подальшого лікування було взято 38 пацієнток зі спайковим процесом I – II ступеня, а 10 пацієнткам з оклюзією маткових труб III - IV ступеню по Donnez і спайковим процесом III – IV ступеню було рекомендовано проведення ЕКЗ.

У післяопераційний період пацієнткам 2 – ї клінічної групи (31 жінка зі спайковим процесом I – II ступеня з оклюзією маткової труби I – II ступеня) з першої доби протягом 9 днів ректально застосовували супозиторії – комбінація стрептокінази й стрептодорнази. Пацієнткам 3 - ї клінічної групи (38 жінок зі спайковим процесом I – II ступеня з оклюзією маткової труби I – II ступеня) у післяопераційний період з першої доби протягом 9 днів ректально застосовували супозиторії – комбінація стрептокінази й стрептодорнази, крім того проводився комплекс розробленого нами фізіотерапевтичного лікування: ультразвук в імпульсному режимі на низ живота потужністю 0,5 Вт/см² тривалістю 10 хвилин, з наступним внутрішньо матковим електрофорезом ферменту гіалуронідази №10 по дерматопарамібній методиці силою струму 10 - 15 мА протягом 20 хвилин, через день. Процедури чергувалися із сеансами стимуляції маткових труб за методикою В.М. Стругацького (2005) протягом 20 днів по 5 хвилин з використанням апарату «Ендотон-01Б» (Болгарія) по піхво-крижовій методиці.

Результати. Катамнез 69 пацієнток 2 - ї і 3 - ї клінічних груп вивчався через 1 рік після закінчення реабілітаційної терапії. Критерієм ефективності лікування був показник настання маткової й трубної вагітності, який порівнювали з відповідними показниками 30 практично здорових жінок 1 - ї контрольної клінічної групи. Після обробки катамнестичних карт пацієнток 1 – 3 клінічних груп, нами отримані дані про настання маткової й трубної вагітності, які представлені в таблиці 2.

Показники настання маткової й трубної вагітності у жінок I – III клінічних груп

Групи	Маткова вагітність	Трубна вагітність
1 група (30 здорових жінок)	24 (80%)	2 (6,6%)
2 група (31 жінка зі спайковим процесом I – II ступеня)	5 (16,1%)	4 (12,9%)
3 група (38 жінок зі спайковим процесом I – II ступеня)	15 (39,4%)	3 (7,8%)

Висновки. Використання радіохвильової енергії під час лапароскопічного лікування пацієнток з трубно – перитонеальною формою безпліддя запального ґенезу I – II ступенем розвитку спайкового процесу з інтраопераційним введенням протиспайкового гелю карбометілцелюлози й застосування комплексної системи реабілітації в післяопераційний період в 2,4 рази ($p < 0,05$) підвищує частоту настання маткової вагітності і в 1, 7 разів знижує частоту настання трубної вагітності.

Література

1. Реабілітація репродуктивної функції у пацієнток з синдромом полікістозних яєчників та трубно-перитонеальним безпліддям: Навч. посібник для самостійної роботи акушерів – гінекологів та сімейних лікарів. / Козуб М.І., Сокол М.П., Козуб М.М., Риженко Ю.В. – Харків, 2014. – ХМАПО. – 47 с.
2. Чайка А.В. Дистретаза в профілактике спаечного процесса у пациенток с трубно – перитонеальным бесплодием. / Чайка А.В., Носенко Е.Н., Сусликова Л.В. // Научно – практический журнал «Здоровье женщины». - 2010. - №6 (52). - С. 160 – 164.
3. Нікітін О.Д. Діагностика безпліддя в сучасних умовах (трубно – перитонеальний фактор). / Нікітін О.Д., Жабіцька Л.А. // Научно – практический журнал «Здоровье женщины». – 2011. - №3 (59). - С. 234 – 237.
4. Петрович Е.А. Инновационный подход к лечению трубно – перитонеального бесплодия. / Петрович Е.А., Манухин И.Б. // Гинекология. - 2010. - №3, том 12. – С. 15 – 20.
5. Ускова М.А. Рациональные подходы к лечению трубно – перитонеального бесплодия (обзор литературы). / Ускова М.А., Кузьмичев Л.Н. // Журнал «Проблемы репродукции». - 2009. - №4. - С. 24 – 28.
6. Кузьмина И.Ю. Современные аспекты реабилитационной терапии хронических воспалительных заболеваний женских половых органов. / Кузьмина И.Ю. // Научно – практичний журнал «Таврический медико - биологический вестник». - 2011. - Том 14, №3, ч.2 (55). - С. 126 – 129.
7. L. Mencaglia. Manual of gynecological Laparoscopic Surgery / L. Mencaglia., L. Minelli, A. Wattiez / Printed in Germany. - 2010. – 253 p.

8. Суслікова Л.В. Патогенез, діагностика та комплексне лікування порушень рецептивності ендометрія в жінок з трубно – перитонеальним безпліддям запального генезу: автореф. дис. ... д. мед. н.: спец.14.01.01. «Акушерство та гінекологія» / Л.В. Суслікова. - Одеса, 2011. - 40 с.

9. Козуб Н.И. Первый опыт использования радиоволновой энергии при лечении гинекологических больных. / Козуб Н.И., Козуб М.Н. // Ежеквартальный научно – практический журнал «Международный медицинский журнал». - 2010. – №2. –С. 41 – 44.

10. Сахаутдинова И. В. Результаты экспериментальных исследований тканей после применения хирургических энергий / Сахаутдинова И. В., Муслимова И. В. // Современные технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний: научное издание. – М.: Пантори, 2008. -С. 20–21.

Н.И. Козуб, Ю.В. Рыженко

Использование радиоволновой энергии, карбометилцеллюлозы и комплекса реабилитационной терапии при восстановлении фертильности у пациенток с трубно – перитонеальным бесплодием воспалительного генеза

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Вступление. Более 1 миллиона супружеских пар в Украине страдают бесплодием. В структуре женского бесплодия, основная роль принадлежит трубно – перитонеальной форме бесплодия и составляет 30 - 75%. Спаечный процесс развивается у 50-80% пациенток после лапароскопического лечения, а репродуктивная функция восстанавливается только у 15 – 47% женщин, поэтому разработка современных методик лапароскопического лечения, интраоперационной профилактики развития спаечного процесса и реабилитации в послеоперационном периоде является актуальной задачей современной гинекологии.

Цель. Разработка современных подходов к лапароскопическому лечению и послеоперационному ведению пациенток с трубно – перитонеальным фактором бесплодия воспалительного генеза.

Материалы и методы. Проведена оценка эффективности разработанного способа лапароскопического лечения с применением радиоволновой энергии, карбометилцеллюлозы и комплекса послеоперационной реабилитации у 48 пациенток с трубно – перитонеальным бесплодием воспалительного генеза. Проведена сравнительная оценка эффективности предложенного способа с общепринятой методикой лечения у 48 пациенток с трубно-перитонеальным бесплодием воспалительного генеза.

Результаты. Доказано, что использование предложенного способа лечения в 2, 4 раза повышает наступление маточной беременности и в 1, 7 раза снижает наступление трубной беременности у пациенток с трубно – перитонеальной формой бесплодия со спаечным процессом I – II степени.

Ключевые слова: трубно – перитонеальное бесплодие воспалительного генеза, лапароскопия, противовоспалительные барьеры, профилактика спайкообразования.

Use of radio-wave energy, carboxymethylcellulose and complex rehabilitation therapy for restoring fertility in women with tubal-peritoneal infertility of inflammatory genesis

Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education

Introduction. More than 1 million couples suffer from infertility in Ukraine. In the structure of female infertility the main role belongs to tubal-peritoneal infertility and is 30 - 75%. The adhesive process develops in 50-80% of patients after laparoscopic treatment, and reproductive function restores only in 15-47% of women, so the development of modern techniques of laparoscopic treatment, intraoperative prevention of adhesions and rehabilitation in the postoperative period is an actual problem of modern gynecology.

Aim. To develop modern approaches to laparoscopic treatment and postoperative management of patients with tubal-peritoneal factor of infertility of inflammatory genesis.

Materials and methods. There was assessed the effectiveness of the developed method of laparoscopic treatment using radio-wave energy, carboxymethylcellulose and complex postoperative rehabilitation of 48 patients with tubal-peritoneal infertility of inflammatory genesis. The comparative evaluation of the effectiveness of the proposed method with the conventional method of treatment of 48 patients with tubal-peritoneal infertility of inflammatory genesis was carried out.

Results. It is proved that the use of the proposed method of treatment increases the intrauterine pregnancy by 2.4 times and reduces the tubal pregnancy by 1.7 times in women with tubal-peritoneal form of infertility with adhesive process of I - II degree.

Key words: tubal-peritoneal infertility of inflammatory genesis, laparoscopy, adhesion barriers, prevention of adhesions.

Відомості про авторів:

Козуб Микола Іванович – завідувач кафедри акушерства і гінекології №2 Харківської медичної академії післядипломної освіти, професор, доктор медичних наук. Адреса: Харків, проспект Московський, 145, тел.: (057) 711-35-56.

Риженко Юлія Василівна – старший лаборант кафедри акушерства і гінекології №2 Харківської медичної академії післядипломної освіти кафедри акушерства і гінекології №2 Харківської медичної академії післядипломної освіти. Адреса: Харків, проспект Московський, 145, тел.: (057) 711-35-56.

УДК 618.14-006.36:616.1]-073.432.19-08

© КОЛЕКТИВ АВТОРІВ, 2015

Н.С. Луценко, Н.С. Олійник, І.О. Євєєва, О.С. Шаповал

ПАТОГЕНЕТИЧНО ОБГРУНТОВАНІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ ЛЕЙОМІОМИ МАТКИ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ОСОБЛИВОСТЕЙ АНГІОАРХІТЕКТОНІКИ МАТКИ

ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України»

Вступ. На теперішній час актуальним є значення гемодинамічних варіантів розгалуження маткових артерій в патогенезі розвитку лейоміоми матки та можливість корекції згідно з цими типами.