

а при потребі і пахвинну зв'язку, від лобкової кістки. Цим також досягається зміщення пахвинного каналу медіальніше від глибокого пахвинного кільця. З використанням цих прийомів прооперовано 24 хворих з позитивним результатом.

УДК 618.15/16-007.62-089-036.82

ГЕНІТАЛЬНИЙ ЕНДОМЕТРІОЗ, АСОЦІЙОВАНИЙ З БЕЗПЛІДНІСТЮ: СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ

І.А.Приймак, Т.А.Юзько, І.Р.Решетнікова

Буковинська державна медична академія, м. Чернівці

Безплідність – одна з типових скарг хворих на ендометріоз. Останній часто діагностують під час лапароскопії і виявляють у 60% пацієток з безплідністю. Ендометріоз слід підозрювати в усіх пацієток із синдромом хронічного болю в ділянці малого таза або з безплідністю. Лапароскопія є методом вибору в діагностиці ендометріозу. Лікування хворих на ендометріоз потрібно спрямовувати на досягнення конкретної мети, враховуючи бажання пацієнтки. Лапароскопія є “золотим стандартом” для діагностики і встановлення стадії захворювання. Традиційно лікування безплідності при I та II стадіях ендометріозу починають з вичікування. Проте вичікувальна тактика не виправдана при лікуванні розповсюджених форм захворювання (III та IV стадії). Хірургічна тактика є одним з найпоширеніших методів початкового лікування ендометріозу. В одному з проспективних досліджень було показано, що лапароскопічна каутеризація ендометріодних вогнищ на ранній стадії захворювання збільшила частоту настання вагітності порівняно з вичікувальною тактикою. Ще більш ефективним виявилось застосування допоміжних репродуктивних технологій: контрольована індукція овуляції, внутрішньоматкова інсемінація та штучне запліднення.

УДК 618.177-072.1-085

ШЛЯХИ ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ВІДНОВНОГО ЛІКУВАННЯ ПІСЛЯ ЛАПАРОСКОПІЧНИХ ОПЕРАЦІЙ НА ПРИДАТКАХ МАТКИ З ПРИВОДУ БЕЗПЛІДНОСТІ ТРУБНОГО ПОХОДЖЕННЯ

С.Г.Приймак, К.П.Стратан

Буковинська державна медична академія, м. Чернівці

Ефективність відновлення репродуктивної функції у жінок з трубною безплідністю залежить від якості реабілітаційної терапії, спрямованої на запобігання утворенню спайок та реоклюзію маткових труб. Під нашим спостереженням перебувало 130 жінок з безплідністю трубного походження (БТП), яким

були проведені лапароскопічні реконструктивно-пластичні операції (ЛРПО). Пацієнтки розділені на 2 групи: перша – одержувала традиційний загальноприйнятий комплекс реабілітаційних заходів, друга – запропонований нами спосіб реабілітаційної терапії, який включав: I – проведення інтра- та післяопераційної гідротубації 0,01% розчином мірамістину, системної ензимотерапії препаратом вобензим, УФО крові; II – проведення контрольованого зачаття в перші місяці після операції; III – санаторно-курортне лікування. Завдяки комплексній поетапній відновній терапії вдалося відновити прохідність маткових труб у 76% жінок і домогтися настання вагітності у 22,2%, тобто в кожній 5-й жінки. Застосований нами комплекс реабілітаційних заходів підвищує ефективність ЛРПО при БТП з трубною оклюзією II ступеня в 1,6 раза та спайковим процесом I стадії – в 1,8 раза. Отже, раннє та комплексне застосування реабілітаційних заходів на фоні оптимізації техніки виконання ЛРПО у пацієток з БТП запобігає рецидивам оклюзії маткових труб і дозволяє підвищити ефективність лікування.

УДК 618.019

РАЦІОНАЛЬНЕ ОПЕРАТИВНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА КОНТРАКТУРУ ДЮПЮІТРЕНА

І.М.Рубленик, А.Т.Зіпченко

Буковинська державна медична академія, м. Чернівці

Лікування контрактури Дюпюїтрена (КД) в основному оперативне, яке полягає у висіканні зміненого долонного апоневроза (ДА) з усуненням контрактур пальців. Розрізи роблять у проекції тяжів від початку ДА до фаланг пальців. Накладають гіпсову пов'язку на 1-1,5 міс, а деякі автори пропонують іммобілізацію до 4-х міс з тимчасовим зняттям гіпсової пов'язки кожного місяця. Проте в післяопераційному періоді часто виникають ускладнення – некроз зміненої шкіри. Іноді шкіра до того змінена, що її теж видаляють і роблять вільну шкірну пластику дефекту, що наносить додаткову травму хворому. Для усунення цих недоліків нами запропоновано спосіб оперативного лікування КД, який полягає в тому, що замість одного великого розрізу з відшаруванням шкіри і повного висікання зміненого ДА його розсікають у ділянках найбільших рубцевих змін з невеличких проколів шкіри, після чого повністю усуваються контрактури пальців. Подальше лікування полягає в накладанні циркулярної гіпсової пов'язки на кисть до верхньої третини передпліччя в положенні гіперекстензії пальців на один тиждень з подальшим призначенням електрофорезу з сумішшю лідази і гідрокортизоном. За даною методикою оперовано 12 хворих з КД II-III ст. з добрим функціональним і косметичним результатом.