



УКРАЇНА

(19) UA (11) 59725 (13) U  
(51) МПК  
A61B 17/03 (2006.01)МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІОПИС  
ДО ПАТЕНТУ  
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під  
відповідальність  
власника  
патенту

## (54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ПРОГРЕСУЮЧОЇ ПОЗАМАТКОВОЇ ТРУБНОЇ ВАГІТНОСТІ

1

2

(21) u201013619

(22) 16.11.2010

(24) 25.05.2011

(46) 25.05.2011, Бюл. № 10, 2011 р.

(72) КОЗУБ МИКОЛА ІВАНОВИЧ, КОЗУБ МАКСИМ  
МИКОЛАЙОВИЧ(73) ХАРКІВСЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯ-  
ДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ(57) Спосіб лікування прогресуючої позаматкової  
трубною вагітності, що включає лапароскопічне

втручання з використанням коагуляції стінок розсі-  
ченої маткової труби, який **відрізняється** тим, що  
розсічення стінки маткової труби виконують радіо-  
хвильовою енергією потужністю 60 Вт у режимі  
різання голчатим електродом з наступним засто-  
суванням протиспайкового препарату "intercoat", а  
в післяопераційному періоді застосовують дистре-  
птазу у свічках per rectum протягом 9 діб та вну-  
решньоматковий електрофорез трипсину після пер-  
шої менструації.

Корисна модель відноситься до області меди-  
цини, а саме до акушерства та гінекології і може  
бути використана для лікування позаматкової вагі-  
тності.

Згідно з даними Адамян Л.В. і співавт., 2008  
(Л.В. Адамян, И.С. Чернова, А.В. Козаченко. Сов-  
ременные подходы к лечению эктопической бере-  
менности // Проблемы репродукции. - Технологии  
XXI века в гинекологии, - М. МедиаСфера. - 2008. -  
с. 177-178) ектопічна вагітність займає 4 місце се-  
ред причин материнської смертності, а число хво-  
рих, госпіталізованих у гінекологічний стаціонар з  
цією патологією досягає 12% загальної кількості  
жінок.

Трубна вагітність є однією з причин розвитку у  
50% хворих трубно-перитонеальною безпліддя, а  
частота повторних ектопічних нidaцій сягає 7,0-  
17,0% (Л.И. Коротковских, В.П. Прохоров, Т.А.  
Обоскалова Хирургические и психологические  
аспекты сохранения репродуктивной функции по-  
сле первой трубной беременности // Проблемы  
репродукции. Технологии XXI века в гинекологии, -  
М.: МедиаСфера. - 2008. - с. 178-179).

Відновлення прохідності маткових труб після  
органозберігаючих операцій з приводу позаматко-  
вої трубної вагітності настає у 63-80% пацієнток.

Настання маткової вагітності після операцій з  
видалення плідного яйця з труби коливається від  
15% до 54,8% (Косаченко А.Т. и соавт. Отдален-  
ные результаты восстановления репродуктивной  
функции у женщин с внематочной беременностью  
// Современные технологии в диагностике и лече-  
нии гинекологических заболеваний. - М.: ПАНТО-

РИ. - 2005. - с. 266-268). У експериментальних  
дослідженнях встановлено, що радіохвильова  
енергія забезпечує достатньо ефективний гемос-  
таз та її дія супроводжується мінімальним боковим  
коагуляційним некрозом тканин у порівнянні з ді-  
а-термічною, лазерною енергією та променевою  
аргоною коагуляцією (Сахаутдинова И.В. Физи-  
ческие энергии при миомэктомии // Современные  
технологии в диагностике и лечении гинекологи-  
ческих заболеваний. - М.: ПАНТОРИ-2005. - с. 143-  
144.).

Таким чином у наведених літературних дже-  
релах викладені дані про існуючі способи лікуван-  
ня позаматкової трубної вагітності із застосуван-  
ням різних видів енергії, а їх ефективність не  
перевищує 54,8% у настанні вагітності.

Найбільш близьким є спосіб органозберігаю-  
чого лікування позаматкової трубної вагітності, при  
якому для гемостазу маткової труби використовую-  
ють біполярну коагуляцію потужністю 20 Вт (Де-  
клараційний патент на винахід 35240 А від  
15.03.2001. Бюл. №2).

Зазначений спосіб гемостазу тканин маткової  
труби при трубній вагітності дає виражений боко-  
вий коагуляційний некроз обох країв розрізу мат-  
кової труби та приводить до виникнення маткової  
вагітності у 54,8% хворих у післяопераційному пе-  
ріоді.

В основу корисної моделі поставлена задача  
удосконалення способу лікування прогресуючої  
позаматкової трубної вагітності, в якому за раху-  
нок зміни характеру впливу, досягається найменш  
руйнівна дія на стінку маткової труби, що забезпе-

(13) U

(11) 59725

(19) UA

чує швидке відновлення її функції у післяопераційному періоді.

Поставлена задача вирішується тим, що у способі лікування прогресуючої позаматкової трубної вагітності, що включає лапароскопічне втручання з коагуляцією стінок розсіченої маткової труби, згідно з корисною моделлю, розсічення стінки маткової труби виконують радіохвильовою енергією потужністю 60 Вт у режимі різання голчастим електродом з наступним застосуванням протиспайкового препарату "intercoat", а в післяопераційному періоді застосовують дистрептазу у свічках per rectum на протязі 9 діб, та внутрішньоматковий електрофорез трипсину після першої менструації.

Завдяки зміни впливу на тканини маткової труби біполярної енергії потужністю 20 Вт на використання радіохвильової енергії, забезпечується достатньо ефективний гемостаз. Дія супроводжується мінімальним боковим некрозом у порівнянні з біполярною коагуляцією.

Результати заявленого способу лікування прогресуючої позаматкової трубної вагітності оцінювали через 2 місяці шляхом проведення гістеросальпінгографії та через 1 рік шляхом вивчення даних катамнезу пацієнток.

Спосіб лікування прогресуючої позаматкової трубної вагітності здійснюють таким чином: пацієнткам з прогресуючою трубною вагітністю виконують лапароскопічне втручання згідно методики K. Semm (Pelviscopy-operative guidelines. Kiel, UFK, - 1991 - с. 29-31), при якій у мезосальпінкс вводять розчин адреналіну (1 ампула адреналіну розчиняється у 100 мл 0,9% розчину NaCl) у обсязі 5-8 мл після чого маткову трубу фіксують затискачем та радіохвильовою енергією потужністю 60 Вт у режимі різання (апарат Surgitron 120 DF) голчастим електродом здійснюють розріз маткової труби на протязі 1 см, починаючи з проксимального відділу ложа ембріону у матковій трубці. Ембріон видаляють з маткової труби затискачем або відсмоктувачем, маткову трубу промивають розчином 0,9% NaCl. У мезосальпінкс маткової труби вводять 50 мг метотрексату, введення якого повторюють через 1 добу внутрішньом'язово у дозі 50 мг.

У черевну порожнину вводять протиспайковий препарат "intercoat" та мікроіригатор для контролю гемостазу.

З першої доби у післяопераційному періоді призначають свічки з дистрептазою per rectum 3 доби два рази на добу, а з 4 доби раз на добу на протязі 6 діб. Після першої менструації проводять внутрішньоматковий електрофорез трипсину.

Призначається контрацепція на протязі 2 місяців після оперативного втручання.

Результати заявленого способу лікування прогресуючої трубної вагітності оцінювали через 2 місяці після оперативного втручання шляхом проведення гістеросальпінгографії на 9-11 день менструального циклу з використанням водорозчинного контрасту, за допомогою чого оцінювали стан прохідності оперованої маткової труби та через 1 рік після проведення ГСГ шляхом вивчення даних катамнезу - для оцінки відновлення репродуктивної функції.

Спосіб ілюструє наступний приклад: пацієнтка Ш., історія хвороби №1012, поступила у І гінекологічне відділення СМКПБ №5 м. Харкова 04.06.2009 р. з діагнозом: лівобічна трубна вагітність. 04.06.2009 р. пацієнтці виконано операцію: лапароскопію, видалення плідного яйця з лівої маткової труби з використанням радіохвильової електрохірургічної енергії апарату "Surgitron 120 DF".

Під час оперативного втручання виявлено прогресуючу лівобічну трубну вагітність 3 см у діаметрі із розташуванням плідного яйця у істмічній частині маткової труби. У мезосальпінкс лівої маткової труби було введено 10 мл розчину адреналіну у розведенні 1:100. Стінка маткової труби понад плідним яйцем розсічена радіохвильовою енергією потужністю 60 Вт. Плідне яйце аспіровано з труби за допомогою відсмоктувача, порожнина труби промита розчином 0,9% NaCl. У мезосальпінкс лівої маткової труби введено 50 мг метотрексату та через 1 добу повторно внутрішньом'язово 50 мг. Контроль гемостазу - кровотечі не виявлено. У черевну порожнину введено протиспайковий препарат "intercoat". З 1-ї доби після операційного періоду пацієнтці призначена дистрептаза по 1 свічці 2 рази на добу 3 доби, а далі по 1 свічці на добу 6 діб. Призначена контрацепція на протязі 2-х місяців. Після першої менструації у післяопераційному періоді призначений 1 курс внутрішньоматкового електрофорезу трипсину. Через 2 місяці після операції виконана ГСГ на 11 добу водорозчинним препаратом - маткова труба прохідна. У вересні 2010 року у пацієнтки діагностована вагітність малого терміну.

Таким чином, запропонований спосіб доводить, що використання під час органозберігаючого лікування позаматкової трубної вагітності радіохвильової енергії забезпечує найменш руйнівну дію на стінку маткової труби, що забезпечує швидке відновлення її функції у післяопераційному періоді.