

ПОРІВНЯЛЬНА ТАБЛИЦЯ

із наведенням фрагментів дисертації Молодіченка М. С.
та відповідних фрагментів опублікованих текстів інших авторів
без зазначення авторства

Збіги текстів виділені **жовтим** кольором, перефразування та синоніми – **бірюзовим**, перестановки слів місцями – **зеленим**; твердження автора про те, що це нібито він щось пропонує, оцінює, розробив чи робить висновки – **фіолетовим**.

Червоним шрифтом поданий коментар щодо фрагментів дисертації Молодіченка М. С.

№	Фрагменти тексту дисертації, у якій виявлено факти порушення академічної доброчесності	Фрагменти опублікованих текстів інших авторів (без зазначення в дисертації Молодіченка М. С. посилань на джерело)
Вид виявленого порушення: плагіат		
1	<p>Молодіченко Максим Сергійович. Оптимізація методики малоінвазивної хірургії у жінок з трубно-перитонеальним безпліддям. Дис. ... канд. медичних наук. – Київ, 2016. (https://nrat.ukrintei.ua/searchdoc/0416U000939/)</p>	<p>Азиев О. В. Осложнения лапароскопической хирургии в гинекологии (диагностика, лечение, профилактика). Дисс. ... доктора мед. наук. – Москва, 2004. Нумерація сторінок наведена за файлом pdf.</p>
	С. 10–11.	С. 13.
	<p style="text-align: center;">РОЗДІЛ I ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА УСКЛАДНЕНЬ ЛАПАРОСКОПІЧНИХ ГІНЕКОЛОГІЧНИХ ОПЕРАЦІЙ</p> <p>Лапароскопія, що виникла спочатку, як діагностична процедура, в останні десятиліття зайняла місце одного з основних методів хірургічного лікування в гінекології [43, 59, 67, 168]. На сьогодні ендоскопічні втручання посідають одне з головних місць в оперативній гінекології [24, 67, 128]. Серед переваг оперативної лапароскопії слід відзначити відсутність вираженої операційної травми, більш сприятливий перебіг післяопераційного періоду, скорочення термінів перебування хворих у стаціонарі та часу їх непрацездатності, а також зменшення матеріальних витрат на лікування [219,306, 310,322,371].</p> <p>Чужий текст переписаний разом із номерами покликань. Усі покликання – фальшиві, оскільки під цими номерами знаходяться зовсім інші джерела, а крім того, в «Списку використаної літератури» до дисертації Молодіченка значиться лише 136 джерел. Плагіат.</p>	<p style="text-align: center;">ГЛАВА I. ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ В ГИНЕКОЛОГИИ (обзор литературы).</p> <p>Лапароскопия, возникшая первоначально, как диагностическая процедура, в последнее десятилетие заняла место одного из основных методов хирургического лечения в гинекологии (43, 59, 67, 168). В настоящее время в ведущих клиниках частота использования лапароскопического доступа в качестве оперативного вмешательства колеблется от 70 до 90% (335, 336). Такое широкое распространение эндоскопических методов обусловлено их значительными преимуществами по сравнению с лечением путем чревосечения. Среди достоинств оперативной лапароскопии следует отметить отсутствие выраженной операционной травмы, более благоприятное течение послеоперационного периода, сокращение сроков пребывания больных в стационаре и времени их нетрудоспособности, а также снижение материальных затрат на лечение (219, 306, 310, 322, 371).</p>
	С. 11–12.	С. 5.
	<p>Лапароскопична гістеректомія в багатьох клініках стала буденною операцією, все більшої популярності набуває ендоскопічний доступ при лікуванні пролапсу геніталій [54, 381], онкогінекологічних захворювань [8,214], поширеного ендометріозу [7,26,53,301, 302, 309] і подальший розвиток і вдосконалення лапароскопічних методів зупинити не-</p>	<p>Лапароскопическая гистерэктомия во многих клиниках стала обыденной операцией, все большую популярность приобретает эндоскопический доступ при лечении пролапса гениталий (54, 381), онкогинекологических заболеваний (8, 214), распространенного эндометриоза (7, 26, 53, 301, 302, 309) и дальнейшее развитие и совершенствование</p>

<p>можливо. Поряд з цим, поява високих технологій неминуче породила нові різновиди хірургічних ускладнень, що не відомі або маловідомі попереднім поколінням лікарів.</p> <p>Чужий текст переписаний разом із номерами покликань. Усі покликання – фальшиві, оскільки під цими номерами знаходяться зовсім інші джерела, а крім того, в «Списку використаної літератури» до дисертації Молодіченка значиться лише 136 джерел. Плагіат.</p>	<p>лапароскопических методов остановить невозможно.</p>
<p>С. 12–13.</p>	<p>С. 14–15.</p>
<p>Необхідно відзначити, що трактування характеру ускладнень лапароскопії в різних країнах також має ряд відмінностей . У Німеччині [215] враховують тільки серйозні ускладнення: поранення судин черевної порожнини і передньої черевної стінки, пошкодження кишківника, сечового міхура, сечоводів та іншими словами тільки стани, що вимагають термінової лапаротомії або повторної лапароскопії.</p> <p>У США [189] поряд із зазначеними вище до ускладнень лапароскопії прийнято відносити знаходження пацієнтки в стаціонарі після ендоскопічної операції більше 24 годин, персистенцію трофобласта після сальпінготомії з приводу ектопічної вагітності, повторну госпіталізацію хворих, пошкодження нервів і гемотрансфузії для відшкодування кровотрати.</p> <p>Чужий текст переписаний разом із номерами покликань. Усі покликання – фальшиві, оскільки в «Списку використаної літератури» до дисертації Молодіченка значиться лише 136 джерел. Плагіат.</p>	<p>Необходимо отметить, что трактовка характера осложненной лапароскопии в разных странах также имеет ряд отличий. В Германии (215) учитывают только серьезные осложнения: ранения сосудов брюшной полости и передней брюшной стенки, повреждения кишечника, мочевого пузыря, мочеточников и др. Иными словами только состояния, требующие срочной лапаротомии или повторной лапароскопии.</p> <p>В США (189) наряду с указанными выше к осложнениям лапароскопии принято относить нахождение пациентки в стационаре после эндоскопической операции более 24 часов, персистенцию трофобласта после сальпинготомии по поводу эктопической беременности, повторную госпитализацию больной, повреждения нервов и гемотрансфузию для возмещения кровопотери.</p>
<p>С. 13–14.</p>	<p>С. 15–16.</p>
<p>У Франції [295] ускладнення лапароскопії поділяють на три групи: потенційно летальні, великі нелетальні і малі.</p> <p>До потенційно летальних автори відносять :</p> <ul style="list-style-type: none"> • анестезіологічні ускладнення, • газову емболію, • травми магістральних судин, • перитоніт , що виник в результаті нерозпізнаних ушкоджень кишківника або органів сечового тракту, • випадки неадекватного лапароскопічного лікування раку геніталій, що призвели в подальшому до летального результату пацієнтки. <p>На думку авторів при виникненні великих анестезіологічних ускладнень лапароскопічна операція повинна бути зупинена до нормалізації функції серцево - судинної і дихальної систем.</p> <p>Великі нелетальні ускладнення включають:</p> <ul style="list-style-type: none"> • емфізему середостіння, • серцеві аритмії, • пошкодження шлунково - кишкового тракту, • поранення органів сечової системи, • травми будь-яких судин , що викликають значну кровотечу. <p>Чужий текст переписаний разом із покликанням [295]. Це покликання фальшиве, оскільки в «Списку використаної літератури» до дисертації Молодіченка значиться лише 136 джерел. Плагіат.</p>	<p>Во Франции (295) осложнения лапароскопии разделяются на три группы: потенциально летальные, большие нелетальные и малые.</p> <p>К потенциально летальным авторы относят:</p> <ul style="list-style-type: none"> • анестезиологические осложнения, • газовую эмболию, • травмы магистральных сосудов, • перитонит, возникший в результате нераспознанных поврежденных кишечника или органов мочевого тракта, • случаи неадекватного лапароскопического лечения рака гениталий, приведшие в последующем к летальному исходу пациентки. <p>По мнению авторов при возникновении больших анестезиологических осложнений лапароскопическая операция должна быть остановлена до нормализации функции сердечно-сосудистой и дыхательной систем.</p> <p>Большие нелетальные осложнения включают:</p> <ul style="list-style-type: none"> • эмфизему средостения, • сердечные аритмии, • повреждения желудочно-кишечного тракта, • ранения органов мочевой системы, • травмы любых сосудов, вызывающих значительное кровотечение.

<p>С. 14.</p> <p>Ці ускладнення діагностуються інтра - або постопераційно, і можуть бути зумовлені введенням голки Вереша, троакарів або виникнути безпосередньо в процесі оперативного втручання і, як правило, є показанням до череворозтину.</p> <p>Малі інтраопераційні ускладнення не вимагають припинення лапароскопічної операції і включають перфорацію органів черевної порожнини голкою Вереша, емфізему сальника, підшкірної і ретроперитонеальної клітковини, невеликі кровотечі. У післяопераційному періоді в цю групу ускладнень також відносять головний біль, біль в області плеча (френікус синдром), приєднання вторинної інфекції та ін.</p> <p>Аналіз частоти і структури лапароскопічних ускладнень виявив їх безпосередній зв'язок з кваліфікацією хірурга і характером виконуваних хірургічних втручань [169 , 294 , 371]. Було відмічено, що більша кількість ускладнень спостерігається у ендоскопістів, що виконують перші 100 лапароскопій [282, 283, 285, 290 (Hulka G. et al., 2005; Phillips J. et al., 2006; Reich H., 2007)].</p> <p>У 70-ті – 80-ті роки ускладнення, як правило, були пов'язані з процедурою входження в черевну порожнину або нескладними хірургічними втручаннями. В даний час лапароскопічні ускладнення визначаються більшою мірою складністю виконуваних гінекологічних операцій. Природно, є істотні відмінності в частоті виникнення і характер ускладнень при виконанні діагностичних або малих лапароскопічних операцій у порівнянні з втручаннями підвищеної складності (advanced laparoscopy) [118,144,196].</p> <p>Чужий текст переписаний разом із номерами покликань. Усі покликання – фальшиві, оскільки в «Списку використаної літератури» до дисертації Молодиченка значиться лише 136 джерел. Плагіат.</p>	<p>С. 16.</p> <p>Ети осложнения диагностируются интра- или постоперационно, могут быть обусловлены введением иглы Вереша, троакаров или возникнут непосредственно в процессе оперативного вмешательства и, как правило, являются показанием к черевосечению.</p> <p>Малые интраоперационные осложнения не требуют прекращения лапароскопической операции и включают перфорацию органов брюшной полости иглой Вереша, эмфизему сальника, подкожной и ретроперитонеальной клетчатки, небольшие кровотечения. В послеоперационном периоде в эту группу осложнений также относят головную боль, боль в области плеча, присоединение вторичной инфекции и др.</p> <p>Анализ частоты и структуры лапароскопических осложнений выявил их непосредственную связь с квалификацией хирурга и характером выполняемых хирургических вмешательств (169, 294, 371). Было замечено, что большее количество осложнений наблюдается у эндоскопистов, выполняющих первые 100 лапароскопий (282, 283, 285, 290).</p> <p>В 70-е - 80-е годы осложнения, как правило, были связаны с процедурой входа в брюшную полость или несложными хирургическими вмешательствами. В настоящее время лапароскопические осложнения определяются в большей степени сложностью выполняемых гинекологических операций. Естественно, имеются существенные различия в частоте возникновения и характере осложнений при выполнении диагностических или малых лапароскопических операций в сравнении с вмешательствами повышенной сложности (advanced laparoscopy) (118, 144, 196).</p>
<p>С. 15.</p> <p>Для правильної оцінки ускладнень лапароскопічних втручань Querleu D., Charpon C. (2005) запропонували розділити всі лапароскопічні операції по складності на чотири групи: [169,294].</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Діагностична лапароскопія . 2. Малі лапароскопічні операції (minor laparoscopic procedures): <ul style="list-style-type: none"> • лапароскопічна стерилізація, • біопсія яєчників, • операції при полікістозі яєчників, • пункція і аспірація кіст яєчників, • лікування ендометріозу 1 ступеня за класифікацією R- AFS , • адгезіолізис при мінімально вираженому злуктовому процесі. <p>Чужий текст переписаний разом із номерами покликань. Усі покликання – фальшиві, оскільки в «Списку використаної літератури» до дисертації Молодиченка значиться лише 136 джерел. Плагіат.</p>	<p>С. 17.</p> <p>Для оценки квалификации хирургов и детального анализа характера лапароскопических осложнений некоторые зарубежные авторы предложили разделить все лапароскопические операции по сложности их выполнения на 4 группы (169, 294).</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Диагностическая лапароскопия. 2. Малые лапароскопические операции (minor laparoscopic procedures). <ul style="list-style-type: none"> • лапароскопическая стерилизация, • биопсия яичников, • операции при поликистозе яичников, • пункция и аспирация кист яичников, • лечение эндометриоза 1 степени по классификации R- AFS, • адгезиолизис при минимально выраженном спаечном процессе.
<p>С. 15–16.</p> <p>3. Великі лапароскопічні операції (major laparoscopic procedures)</p>	<p>С. 17–18.</p> <p>3. Большие лапароскопические операции (major laparoscopic procedures)</p>

<ul style="list-style-type: none"> • лапароскопічне лікування ендометріозу 2-3 ступеня вираженості, • пластичні операції на маткових трубах з приводу безпліддя (сальпінгоовариолізис, сальпінго-неостомія, фімбріопластика), • тубектомія і сальпінготомія при ектопічній вагітності, • цистектомія, • аднексектомія та ін <p>4. Лапароскопічні операції підвищеної складності (advanced laparoscopy).</p> <ul style="list-style-type: none"> • консервативна міомектомія, • лапароскопічне лікування ендометріозу 3-4 ступеня, • гістеректомія, • лімфаденектомія, • лапароскопічна корекція пролапсу статевих органів і нетримання сечі, • радикальна гістеректомія (операція Вертгейма). 	<ul style="list-style-type: none"> • лапароскопическое лечение эндометриоза при 2-3 степени выраженности, • пластические операции на маточных трубах по поводу бесплодия (сальпингоовариолізис, сальпинго-неостомія, фимбриопластика), • тубэктомія и сальпинготомія при эктопической беременности, • цистэктомія, • аднексэктомія и др. <p>4. Лапароскопические операции повышенной сложности (advanced laparoscopy).</p> <ul style="list-style-type: none"> • консервативная миомэктомія, • лапароскопическое лечение эндометриоза 3-4 степени, • гистерэктомія, • лимфаденэктомія, • лапароскопическая коррекция пролапса половых органов и недержания мочи, • радикальная гистерэктомія (операція Вертгейма). 																																																																																										
С. 16.	С. 19.																																																																																										
<p style="text-align: center;">Таблиця 1.1. Кількість ускладнень з розрахунку на 1000 лапароскопій за даними Американської асоціації гінекологів - лапароскопістів</p> <table border="1" data-bbox="279 896 869 1310"> <thead> <tr> <th>Характер ускладнення</th> <th>К-сть 2003 р.</th> <th>Частота 2008 р.</th> <th>Частота 2001 р.</th> <th>Частота 2003 р.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Госпіталізація > 24 год</td> <td>2207</td> <td>-</td> <td>30,3</td> <td>38,6</td> </tr> <tr> <td>Персистенція трофобласту після сальпінготомії при</td> <td>213</td> <td>3,3</td> <td>4,2</td> <td>5,1.</td> </tr> <tr> <td>Повторна госпіталізація</td> <td>208</td> <td>3,1</td> <td>4,2</td> <td>4,6</td> </tr> <tr> <td>Лапаротомія</td> <td>477</td> <td>4,2</td> <td>8,9</td> <td>10,7</td> </tr> <tr> <td>Кровотеча</td> <td>465</td> <td>-</td> <td>6,8</td> <td>10,4</td> </tr> <tr> <td>Гемотрансфузія</td> <td>202</td> <td>2,6</td> <td>2,7</td> <td>4,5</td> </tr> <tr> <td>Травми кишківника та сечового тракту</td> <td>184</td> <td>1,6</td> <td>2,8</td> <td>6,7</td> </tr> <tr> <td>Пошкодження нервів</td> <td>23</td> <td>0,5</td> <td>0,5</td> <td>0,5</td> </tr> </tbody> </table> <p>Таблиця переписана разом із числовими даними, але підміною років дослідження. Фальсифікація даних. Плагіат.</p>	Характер ускладнення	К-сть 2003 р.	Частота 2008 р.	Частота 2001 р.	Частота 2003 р.	Госпіталізація > 24 год	2207	-	30,3	38,6	Персистенція трофобласту після сальпінготомії при	213	3,3	4,2	5,1.	Повторна госпіталізація	208	3,1	4,2	4,6	Лапаротомія	477	4,2	8,9	10,7	Кровотеча	465	-	6,8	10,4	Гемотрансфузія	202	2,6	2,7	4,5	Травми кишківника та сечового тракту	184	1,6	2,8	6,7	Пошкодження нервів	23	0,5	0,5	0,5	<table border="1" data-bbox="901 873 1484 1321"> <thead> <tr> <th>Характер осложнения</th> <th>Кол-во 1993 г.</th> <th>Частота 1988 г.</th> <th>Частота 1991 г.</th> <th>Частота 1993 г.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Госпитализация > 24 часов</td> <td>2207</td> <td>-</td> <td>30,3</td> <td>38,6</td> </tr> <tr> <td>Персистенция трофобласта после сальпинготомии при ВБ</td> <td>213</td> <td>3,3</td> <td>4,2</td> <td>5,1.</td> </tr> <tr> <td>Повторная госпитализация</td> <td>208</td> <td>3,1</td> <td>4,2</td> <td>4,6</td> </tr> <tr> <td>Лапаротомия</td> <td>477</td> <td>4,2</td> <td>8,9</td> <td>10,7</td> </tr> <tr> <td>Кровотечение</td> <td>465</td> <td>-</td> <td>6,8</td> <td>10,4</td> </tr> <tr> <td>Гемотрансфузия</td> <td>202</td> <td>2,6</td> <td>2,7</td> <td>4,5</td> </tr> <tr> <td>Травмы кишечника и мочевого тракта</td> <td>184</td> <td>1,6</td> <td>2,8</td> <td>6,7</td> </tr> <tr> <td>Повреждения нервов</td> <td>23</td> <td>0,5</td> <td>0,5</td> <td>0,5</td> </tr> </tbody> </table>	Характер осложнения	Кол-во 1993 г.	Частота 1988 г.	Частота 1991 г.	Частота 1993 г.	Госпитализация > 24 часов	2207	-	30,3	38,6	Персистенция трофобласта после сальпинготомии при ВБ	213	3,3	4,2	5,1.	Повторная госпитализация	208	3,1	4,2	4,6	Лапаротомия	477	4,2	8,9	10,7	Кровотечение	465	-	6,8	10,4	Гемотрансфузия	202	2,6	2,7	4,5	Травмы кишечника и мочевого тракта	184	1,6	2,8	6,7	Повреждения нервов	23	0,5	0,5	0,5
Характер ускладнення	К-сть 2003 р.	Частота 2008 р.	Частота 2001 р.	Частота 2003 р.																																																																																							
Госпіталізація > 24 год	2207	-	30,3	38,6																																																																																							
Персистенція трофобласту після сальпінготомії при	213	3,3	4,2	5,1.																																																																																							
Повторна госпіталізація	208	3,1	4,2	4,6																																																																																							
Лапаротомія	477	4,2	8,9	10,7																																																																																							
Кровотеча	465	-	6,8	10,4																																																																																							
Гемотрансфузія	202	2,6	2,7	4,5																																																																																							
Травми кишківника та сечового тракту	184	1,6	2,8	6,7																																																																																							
Пошкодження нервів	23	0,5	0,5	0,5																																																																																							
Характер осложнения	Кол-во 1993 г.	Частота 1988 г.	Частота 1991 г.	Частота 1993 г.																																																																																							
Госпитализация > 24 часов	2207	-	30,3	38,6																																																																																							
Персистенция трофобласта после сальпинготомии при ВБ	213	3,3	4,2	5,1.																																																																																							
Повторная госпитализация	208	3,1	4,2	4,6																																																																																							
Лапаротомия	477	4,2	8,9	10,7																																																																																							
Кровотечение	465	-	6,8	10,4																																																																																							
Гемотрансфузия	202	2,6	2,7	4,5																																																																																							
Травмы кишечника и мочевого тракта	184	1,6	2,8	6,7																																																																																							
Повреждения нервов	23	0,5	0,5	0,5																																																																																							
С. 16–17.	С. 18.																																																																																										
<p>За даними Lehmann - Willenbrock С. та співавт. у Німеччині за період з 1949 по 2008 ,було проведено 2.071.677 лапароскопій , з них 983.361 діагностичних , 892.620 стерилизацій і тільки 595. 696 оперативних втручань. При цьому було зареєстровано 5623 серйозних ускладнень, яким провели термінову лапаротомію , що склало 2,45 / 1000. У 1989-2003 роках питома вага оперативних втручань істотно зросла (Riedel Н. і співавт. 1995). За цей період було проведено 1.514.429 лапароскопій та зареєстровано 2095 ускладнень, при яких провели лапаротомію - 4.5/1000 .</p> <p>За даними Американської асоціації гінекологів - лапароскопістів (ААГЛ) в 1998 , 2001 і 2003 роках при опитуванні членів асоціації в США були зафіксовані наступні показники ускладнень з розрахунку на 1000 лапароскопій (див табл. 1.1 [189]).</p> <p>Чужий текст переписаний разом із покликанням [189]. Це покликання фальшиве, оскільки в «Списку використаної літератури» до дисертації</p>	<p>По данным Lehmann-Willenbrock Е. и соавт. (1993) в Германии за период с 1949 по 1988 было произведено 1.071.677 лапароскопий, из них 483.361 диагностических, 392.620 стерилизаций и только 195.696 оперативных вмешательств. При этом было зарегистрировано 2623 серьезных осложнений, потребовавших срочной лапаротомии, что составило 2,45/1000. В 1989-1993 годах удельный вес оперативных вмешательств существенно вырос (Riedel Н. и соавт. 1995). За этот период было произведено 514.429 лапароскопий и зарегистрировано 2095 осложнений, потребовавших чрево-сечения - 4.5 /1000.</p> <p>По данным Американской ассоциации гинекологов- лапароскопистов (ААГЛ) в 1988, 1991 и 1993 годах при опросе членов ассоциации в США были зафиксированы следующие показатели осложнений из расчета на 1000 лапароскопий (189).</p>																																																																																										

<p>Молодіченка значиться лише 136 джерел. Також Молодіченко підмінив роки дослідження і замінив окремі числа. Унаслідок такої фальсифікації вийшло, що дані за 1989-2003 роки опубліковані в роботі Riedel і співавт. у 1995 році. А Гугл-перекладач перетворив букву «E» в букву «E». Плагіат. Фальсифікація даних.</p>	
<p>С. 17.</p>	<p>С. 19.</p>
<p>За даними Querleu D. і співавт. (2006) у семи провідних французьких ендоскопічних центрах ускладнення лапароскопії враховувалися в залежності від складності виконаної операції. Дослідження включає 17521 лапароскопічну операцію . Частота переходу до лапаротомії при діагностичній і малих лапароскопіях склала 1,1 / 1000, а при великих і складних втручаннях 4,8 / 1000. При цьому було зазначено 17 кровотеч , з них 15 спостерігалися при великих операціях; 34 пошкодження органів черевної порожнини (27 при складних втручаннях). В іншому повідомленні з Франції [290], що висвітлює результати хірургічного лікування лапароскопічним доступом з 84 публічних клінік за 2-х-річний період, частота ускладнень склала 12,5 /1000, що в 2-3 рази перевищує аналогічні дані з провідних спеціалізованих центрів.</p> <p>Чужий текст переписаний разом із покликанням [290]. Це покликання фальшиве, оскільки в «Списку використаної літератури» до дисертації Молодіченка значиться лише 136 джерел. Плагіат.</p>	<p>По данным Querleu D. и соавт. (1996) в семи ведущих французских эндоскопических центрах осложнения лапароскопии учитывались в зависимости от сложности выполненной операции. Исследование включает 17521 лапароскопическую операцию. Частота перехода к лапаротомии при диагностических и малых лапароскопиях составила 1,1/1000, а при больших и сложных вмешательствах 4,8/1000. При этом было отмечено 17 кровотечений, из них 15 наблюдались при больших операциях; 34 повреждения органов брюшной полости (27 при сложных вмешательствах).</p> <p>В другом сообщении из Франции (290), освещающем результаты хирургического лечения лапароскопическим доступом из 84 публичных клиник за 2-х летний период, частота осложнений составила 12,5/1000, что в 2-3 раза превышает аналогичные данные из ведущих специализированных центров.</p>
<p>С. 17.</p>	<p>С. 20.</p>
<p>Публікація Jansen F. і співавт. (2007) відображає ускладнення 25764 лапароскопії, виконаних в Голландії. При цьому було зареєстровано 156 ускладнень (5,7 / 1000). Частота переходу до лапаротомії склала 3,3 /1000. При діагностичній лапароскопії цей показник дорівнював 2,7 , при стерилізації 4,5 , а при оперативній 17,9 / 1000. Цікаво відзначити , що найбільш часто констатувалися поранення епігастральних судин - 38 (1,47 / 1000), пошкодження органів шлунково - кишкового тракту - 29 (1,13 / 1000) і травми магістральних судин - 27 (1,05 / 1000).</p>	<p>Публикация Jansen F. и соавт. (1997) отражает осложнения 25764 лапароскопий, выполненных в Голландии. При этом было зарегистрировано 156 осложнений (5,7/1000). Частота перехода к лапаротомии составила 3,3/1000. При диагностической лапароскопии этот показатель равнялся 2,7, при стерилизации 4,5, а при оперативной - 17,9/1000. Интересно отметить, что наиболее часто констатировались ранения эпигастральных сосудов - 38 (1,47/1000), повреждения органов желудочно-кишечного тракта - 29 (1,13/1000) и травмы магистральных сосудов - 27 (1,05/1000).</p>
<p>С. 18.</p>	<p>С. 20.</p>
<p>Harkki - Siren P і співавт. (1999) представили результати всіх лапароскопічних операцій у гінекологічних клініках Фінляндії за п'ятирічний період . При цьому були проаналізовані 70607 лапароскопії , зареєстровано 256 ускладнень , що склало 3,6 / 1000.</p> <p>У нашій країні питання лапароскопічних ускладнень в гінекології в літературі практично не висвітлені. Публікації , присвячені цій проблемі , носять поодинокий характер і, як правило , присвячені ускладненням окремо взятих втручань або групам ускладнень [17,26,32,45,47,50,52,55,56,66,68,71] .</p> <p>Чужий текст переписаний разом із номерами покликань. Усі покликання – фальшиві, оскільки під цими номерами знаходяться зовсім інші джерела. Російське «В нашей стране» переписано в українську дисертацію як «У нашій країні». Плагіат.</p>	<p>Harkki-Siren P и соавт. (1999) представили результаты всех лапароскопических операций в гинекологических клиниках Финляндии за пятилетний период. При этом были проанализированы 70607 лапароскопий, зарегистрировано 256 осложнений, что составило 3,6/1000.</p> <p>В нашей стране вопросы лапароскопических осложнений в гинекологии в литературе практически не освещены. Публикации, посвященные этой проблеме, носят единичный характер и, как правило, посвящены осложнениям отдельно взятых вмешательств или группам осложнений (17, 26, 32, 45, 47, 50, 52, 55, 56, 66, 68, 71).</p>

<p>С. 18.</p> <p>Летальність при лапароскопії за повідомленнями різних джерел коливається в широких межах [220 , 226 , 232]. За даними Charpon С і співавт. (1998) при аналізі 29966 лапароскопій , проведених у семи провідних ендоскопічних центрах Франції за 9-річний період , зареєстрований 1 летальний результат в результаті травми лівої клубової артерії і масивної кровотечі , що склало 3,33 на 100.000 . У США в 1993 році констатовано 3 смерті , що склало 6,7 на 100.000 лапароскопій , в 1991 році цей показник дорівнював 1,8 , а в 1988 році - 5,4 (190). За повідомленням Lehmann - Willenbrock Є. та співавт . (1991) у Німеччині при аналізі летальних результатів за період з 1949 по 1988 роки були зафіксовані наступні дані . У 1949-77 роках - 24 смерті , що склало 0,09 на 1000 лапароскопій , в 1978-82 роках - цей показник дорівнював 0,051 % , в 1983-85 роках - 0,024 , а в 1986-88 роках - 0,008 на 1000 лапароскопій. Середня ж смертність за 40 річний період в Німеччині виявилася рівною 0,044 на 1000 лапароскопій.</p> <p>Чужий текст переписаний разом із номерами покликань. Усі покликання – фальшиві, оскільки в «Списку використаної літератури» до дисертації Молодиченка значиться лише 136 джерел. Гугл-перекладач перетворив букву «Е» в букву «Є». Плагіат.</p>	<p>С. 20–21.</p> <p>Летальность при лапароскопии по сообщениям различных источников колеблется в широких пределах (220, 226, 232). По данным Charpon С и соавт. (1998) при анализе 29966 лапароскопий, проведенных в семи ведущих эндоскопических центрах Франции за 9-летний период, зарегистрирован 1 летальный исход в результате травмы левой подвздошной артерии и массивного кровотечения, что составило 3,33 на 100.000. В США в 1993 году констатировано 3 смертельных исхода, что составило 6,7 на 100.000 лапароскопий, в 1991 году этот показатель был равен 1,8, а в 1988 году - 5,4 (190). По сообщению Lehmann-Willenbrock Е. и соавт. (1991) в Германии при анализе летальных исходов за период с 1949 по 1988 годы были зафиксированы следующие данные. В 1949-77 годах - 24 смерти, что составило 0,09 на 1000 лапароскопий, в 1978-82 годах - этот показатель равнялся 0,051 % , в 1983-85 годах - 0,024, а в 1986-88 годах - 0,008 на 1000 лапароскопий. Средняя же смертность за 40 летний период в Германии оказалась равной 0,044 на 1000 лапароскопий.</p>
<p>С. 23.</p> <p>Методика будь-якої лапароскопії передбачає перфорацію передньої черевної стінки одним або кількома троакарами після попередньо створеного пневмоперитонеуму. Ця обставина становить певний ризик поранення внутрішніх органів, судин черевної порожнини і передньої черевної стінки (96, 110, 200, 279, 280).</p> <p>Дійсна кількість ускладнень, пов'язаних з методикою лапароскопії, невідома (156, 193). На думку Philips J. і співавт. (1979), Hulka J. і співавт. (1990), Peterson J. і співавт. (1991), такі ускладнення значно частіше зустрічаються у хірургів, що не володіють достатнім досвідом виконання лапароскопічних операцій (при виконанні перших 100 лапароскопій).</p> <p>Чужий текст переписаний разом із номерами покликань. Усі покликання – фальшиві, оскільки під цими номерами знаходяться зовсім інші джерела, а в «Списку використаної літератури» до дисертації Молодиченка значиться лише 136 джерел. Плагіат.</p>	<p>С. 45.</p> <p>Методика любой лапароскопии предполагает перфорацию передней брюшной стенки одним или несколькими троакарами после предварительно созданного пневмоперитонеума. Это обстоятельство представляет определенный риск ранения внутренних органов, сосудов брюшной полости и передней брюшной стенки (96, 110, 200, 279, 280).</p> <p>Истинная частота осложнений, связанных с методикой лапароскопии, неизвестна (156, 193). По мнению Philips J. и соавт. (1979), Hulka J. и соавт. (1990), Peterson J. и соавт. (1991), такие осложнения значительно чаще встречаются у хирургов, не обладающих достаточным опытом выполнения лапароскопических операций (при выполнении первых 100 лапароскопий).</p>
<p>С. 23–24.</p> <p>За даними Jansen F. і співавт. (1997) 57 % ускладнень були пов'язані з введенням троакара та інсуфляцією вуглекислого газу. Пошкодження епігастральні судин виявлялись з частотою 1,47/1000 (38 пацієнток), поранення органів шлунково – кишкового тракту склали 1,13 / 1000 (29), а травми судин черевної порожнини -1,05 / 1000 (27). Основною причиною 2 летальних результатів , описаних в цьому дослідженні, були кровотеча з епігастральних судин і перитоніт в результаті нерозпізнаної травми кишківника , що виникли в результаті введення троакара . За даними Garry R. (1997) у</p>	<p>С. 45.</p> <p>По данным Jansen F. и соавт. (1997) 57% осложнений были связаны с введением троакаров и инсуффляцией углекислого газа. Повреждения эпигастральных сосудов отмечались с частотой 1,47/1000 (38 пациенток), ранения органов желудочно-кишечного тракта составили 1,13/1000 (29), а травмы сосудов брюшной полости - 1,05/1000 (27). Основной причиной 2 летальных исходов, описанных в этом исследовании, явились кровотечения из эпигастральных сосудов и перитонит в результате нераспознанной травмы кишечника, возникшие в результате введения троакаров. По данным Garry</p>

<p>Великобританії щорічно відбувається приблизно 300-500 ускладнень при введенні троакара, а в США ця кількість становить близько 5000.</p>	<p>R. (1997) в Великобританії ежегодно происходит примерно 300-500 осложнений при введении троакаров, а в США это количество составляет около 5000.</p>
<p>С. 24.</p>	<p>С. 46.</p>
<p>Різноманіття варіантів введення троакарів при лапароскопії, розробка з цією метою нових або вдосконалення вже наявних конструкцій та інструментів лише підтверджують те, що абсолютно безпечної методики лапароскопії до теперішнього часу не існує (113, 174, 186, 246, 266).</p> <p>До ускладнень, безпосередньо пов'язаних з методикою лапароскопії, прийнято відносити (156):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ускладнення пневмоперитонеуму (екстраперитонеальна інсуфляція, емфізема середостіння, газова емболія і спонтанний пневмоторакс). 2. Поранення заочеревинних магістральних судин черевної порожнини. 3. Пошкодження органів черевної порожнини (кишечник, шлунок, сечовий міхур та ін.). 4. Травми судин передньої черевної стінки. 5. Післяопераційні грижі. <p>Чужий текст переписаний разом із номерами покликань. Усі покликання – фальшиві, оскільки під цими номерами знаходяться зовсім інші джерела, а в «Списку використаної літератури» до дисертації Молодіченка значиться лише 136 джерел. Плагіат.</p>	<p>Многообразие используемых вариантов введения канюль при лапароскопии, разработка для этих целей новых или совершенствование уже имеющихся конструкций и инструментов лишь подтверждают то, что абсолютно безопасной методики лапароскопии до настоящего времени не существует (113, 174, 186, 246, 266).</p> <p>К осложнениям, непосредственно связанным с методикой лапароскопии, принято относить (156):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Осложнения пневмоперитонеума (экстраперитонеальная инсуффляция, эмфизема средостения, газовая эмболия и спонтанный пневмоторакс). 2. Ранения забрюшинных магистральных сосудов брюшной полости. 3. Повреждения органов брюшной полости (кишечник, желудок, мочевой пузырь и др.). 4. Травмы сосудов передней брюшной стенки. 5. Послеоперационные грыжи.
<p>С. 24–25.</p>	<p>С. 48.</p>
<p>Ускладнення пневмоперитонеуму.</p> <p>Справжня частота цих ускладнень невідома, так як більшість з них не призводить до серйозних проблем в стані пацієток і проходить без будь-якого лікування (324).</p> <p>Спонтанний пневмоторакс - одне з найнебезпечніших ускладнень пневмоперитонеуму.</p> <p>Основними причинами його виникнення є: введення голки Вереша в плевральну порожнину, нерозпізнані дефекти діафрагми і вроджені аномалії дихальної системи (64, 88, 158, 249). У лапароскопічній гінекології можливі 4 основні причини його розвитку:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Торакоабдомінальні поранення з пошкодженням діафрагми, що призводять до виникнення прямого сполучення між черевною і плевральною порожнинами. • Розрив медіастинальної плеври при грижах стравохідного отвору діафрагми на тлі напруженого пневмоперитонеуму. • Спонтанний пневмоторакс по ходу інтубаційного наркозу з ШВЛ. • Поширення газу через вроджені дефекти діафрагми. <p>Чужий текст переписаний разом із номерами покликань. Усі покликання – фальшиві, оскільки під цими номерами знаходяться зовсім інші джерела, а в «Списку використаної літератури» до дисертації Молодіченка значиться лише 136 джерел. Плагіат.</p>	<p>III.1. Осложнения пневмоперитонеума.</p> <p>Истинная частота этих осложнений неизвестна, так как большинство из них не приводит к серьезным проблемам в состоянии пациенток и проходит без какого-либо лечения (324).</p> <p>Спонтанный пневмоторакс - одно из самых опасных осложнений пневмоперитонеума.</p> <p>Основными причинами его возникновения являются: введение иглы Вереша в плевральную полость, нераспознанные дефекты диафрагмы и врожденные аномалии дыхательной системы (64, 88, 158, 249). В лапароскопической гинекологии возможны 4 основные причины его развития:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Торакоабдоминальные ранения с повреждением диафрагмы, приводящие к возникновению прямого сообщения между брюшной и плевральной полостями. • Разрыв медиастинальной плевры при грыжах пищеводного отверстия диафрагмы на фоне напряженного пневмоперитонеума. • Спонтанный пневмоторакс по ходу интубационного наркоза с ИВЛ. • Распространение газа через врожденные дефекты диафрагмы.
<p>С. 25.</p>	<p>С. 48–49.</p>
<p>На думку В. С. Савельєвої та співавт. (1999), лише в рідкісних випадках можна допустити про-</p>	<p>По мнению В. С. Савельева и соавт. (1977), лишь в редких случаях можно предположить про-</p>

<p>никнення газу в плевральну порожнину по фізіологічно слабких місцях діафрагми (область аорти , нижньої порожнистої вени , стравоходу).</p> <p>При виникненні пневмотораксу під час лапароскопії спостерігається наростання клінічної картини дихальної недостатності з наступною депресією серцево – судинної системи. Клінічні прояви пневмотораксу описані в літературі: наростаюча дихальна та серцево – судинна недостатність, ціаноз, тахікардія, гіпотонія, ослаблення дихання на стороні ураження, тимпаніт при перкусії, підвищення тиску в дихальних шляхах, зниження оксигенації артеріальної крові (80 , 88,138,149,249).</p> <p>Чужий текст переписаний разом із номерами покликань. Усі покликання – фальшиві, оскільки під цими номерами знаходяться зовсім інші джерела, а в «Списку використаної літератури» до дисертації Молодиченка значиться лише 136 джерел. Савельєв у Молодиченка перетворився на Савельєву. Сфальшований рік (1999 замість 1977). Плагіат.</p>	<p>никновение газа в плевральную полость по физиологически слабым местам диафрагмы (область аорты, нижней полой вены, пищевода).</p> <p>При возникновении пневмоторакса во время лапароскопии наблюдается нарастание клинической картины дыхательной недостаточности с последующей депрессией сердечно-сосудистой системы. Клинические проявления пневмоторакса описаны в литературе: нарастающая дыхательная и сердечно-сосудистая недостаточность, цианоз, тахикардия, гипотония, ослабление дыхания на стороне поражения, тимпанит при перкуссии, повышение давления в дыхательных путях, снижение оксигенации артериальной крови (80, 88, 138, 149, 249).</p>
<p>С. 25.</p>	<p>С. 52.</p>
<p>На думку Woolner D. і співавт., (1993) діагностика пневмотораксу у пацієнток, які перебувають під ендотрахеальним наркозом, представляє значні труднощі. Garcia-Padial J. і співавт. (1994) вважають, що при підозрі на наявність пневмотораксу лапароскопічне втручання має бути негайно зупинене, пацієнтка виведена з положення Тренделенбурга, пневмоперитонеум видалено з черевної порожнини. Єдиним методом у розпізнаванні цього стану авторами визнано термінове рентгенологічне дослідження органів грудної клітини.</p> <p>Неправильний машинний переклад: треба не «грудної клітини», а «грудної клітки». Плагіат.</p>	<p>По мнению Woolner D. и соавт., (1993) диагностика пневмоторакса у пациенток, находящихся под эндотрахеальным наркозом, представляет значительные трудности. Garcia-Padial J. и соавт. (1994) считают, что при подозрении на наличие пневмоторакса лапароскопическое вмешательство должно быть немедленно остановлено, пациентка выведена из положения Тренделенбурга, пневмоперитонеум удален из брюшной полости. Единственным методом в распознавании этого состояния авторами признано срочное рентгенологическое исследование органов грудной клетки.</p>
<p>С. 25–26.</p>	<p>С. 52.</p>
<p>Для лікування пневмотораксу рекомендується пункція і дренажування плевральної порожнини (64, 393). Пункція проводиться в другому міжребір'ї і, як правило, негайно призводить до розправлення підгорнутого легені і купіювання дихальної недостатності. Подальше проведення лапароскопічної операції протипоказане. Дренажування плевральної порожнини здійснюється на 24 години.</p> <p>Чужий текст переписаний разом із номерами покликань. Усі покликання – фальшиві, оскільки під цими номерами знаходяться зовсім інші джерела, а в «Списку використаної літератури» до дисертації Молодиченка значиться лише 136 джерел. Плагіат.</p>	<p>Для лечения пневмоторакса рекомендуется пункция и дренирование плевральной полости (64, 393). Пункция производится во втором межреберье и, как правило, немедленно приводит к расправлению поджатого легкого и купированию дыхательной недостаточности. Дальнейшее проведение лапароскопической операции противопоказано. Дренирование плевральной полости осуществляется на 24 часа.</p>
<p>С. 26.</p>	<p>С. 54.</p>
<p>Поранення магістральних судин і гематоми черевної порожнини , що виникли при введенні голки Вереша та першого троакара.</p> <p>Поранення магістральних судин черевної порожнини при лапароскопії відносяться до одних з найбільш небезпечних , так як супроводжуються масивною крововтратою і можуть становити безпосередню загрозу життя пацієнток (117 , 137 , 145 , 279 , 393). Їх виникнення можливе при проведенні будь-якого , навіть діагностичного втручання (</p>	<p>III.2 Ранения магистральных сосудов и гематомы брюшной полости, возникшие при введении иглы Вереша и первого троакара.</p> <p>Ранения магистральных сосудов брюшной полости при лапароскопии относятся к одним из наиболее опасных, так как сопровождаются массивной кровопотерей и могут представлять непосредственную угрозу жизни пациенток (117, 137, 145, 279, 393). Их возникновение возможно при проведении любого, даже диагностического вме-</p>

<p>250,264).</p> <p>Чужий текст переписаний разом із номерами покликань. Усі покликання – фальшиві, оскільки під цими номерами знаходяться зовсім інші джерела, а в «Списку використаної літератури» до дисертації Молодіченка значиться лише 136 джерел. Плагіат.</p>	<p>шательства (250, 264).</p>
<p>С. 26.</p>	<p>С. 54.</p>
<p>Істинна частота таких ускладнень невідома , і більшість з них, на думку Esposito C. і співавт. (1997) , Soderstrom R. (1998) , Vilos G. (2000) не надається широкому розголосу . Вперше в 1975 році 12 хірургів- ендоскопістів із США , Великобританії , Канади та Нідерландів опублікували зведену доповідь , присвячену детальному аналізу 19 поранень магістральних судин при лапароскопії (279). При цьому 6 ушкоджень були відзначені при введенні першого троакара , 6 - голки Вереша , 3 - додаткових троакаров і в 4 випадках поранення виникли в процесі лапароскопічної операції . Пізніше Mintz M. (1977) при аналізі 100.000 лапароскопій , виконаних у Франції , описав 33 поранення магістральних судин під час лапароскопії , з них 20 були нанесені голкою Вереша , а 13 відбулися при введенні першого троакара.</p> <p>Чужий текст переписаний разом із покликанням [279]. Це покликання фальшиве, оскільки в «Списку використаної літератури» до дисертації Молодіченка значиться лише 136 джерел. Плагіат.</p>	<p>Истинная частота таких осложнений неизвестна, и большинство из них, по мнению Esposito C. и соавт. (1997), Soderstrom R. (1998), Vilos G. (2000) не придается широкой огласке. Впервые в 1975 году 12 хирургов-эндоскопистов из США, Великобритании, Канады и Нидерландов опубликовали сводный доклад, посвященный детальному анализу 19 ранений магистральных сосудов при лапароскопии (279). При этом 6 поврежденных были отмечены при введении первого троакара, 6 - иглы Вереша, 3 - дополнительных троакаров и в 4 случаях ранения возникли в процессе лапароскопической операции. Позднее Mintz M. (1977) при анализе 100.000 лапароскопий, произведенных во Франции, описал 33 ранения магистральных сосудов во время лапароскопии, из них 20 были нанесены иглой Вереша, а 13 произошли при введении первого троакара.</p>
<p>С. 26–27.</p>	<p>С. 54–55.</p>
<p>За даними Королівської колегії акушерів – гінекологів Великобританії (112) частота таких ускладнень складає 9 на 10000 лапароскопій. На думку Gleeson N. і співавт. (1993) пошкодження ретроперитонеально розташованих судин при лапароскопії відзначаються менш ніж в 1%.</p> <p>Цікаві закономірності були відзначені при вивченні анатомічних взаємовідносин між біфуркацією аорти і умбілікальною ділянкою у пацієток з різною статурою , що знаходяться в положенні Тренделенбурга (259,350).</p> <p>Чужий текст переписаний разом із номерами покликань. Усі покликання – фальшиві, оскільки під цими номерами знаходяться зовсім інші джерела, а в «Списку використаної літератури» до дисертації Молодіченка значиться лише 136 джерел. Плагіат.</p>	<p>По данным Королевской коллегии акушеров-гинекологов Великобритании (112) частота таких осложнений составляет 9 на 10.000 лапароскопий. По мнению Gleeson N. и соавт. (1993) повреждения ретроперитонеально расположенных сосудов при лапароскопии отмечаются менее чем в 1%.</p> <p>Интересные закономерности были отмечены при изучении анатомических взаимоотношений между бифуркацией аорты и умбиликальной областью у пациенток с различным телосложением, находящихся в положении Тренделенбурга (259, 350).</p>
<p>С. 27.</p>	<p>С. 55.</p>
<p>Біфуркація аорти більш ніж у 75 % пацієток розташовується на рівні 4 поперекового хребця, розпізнавальною точкою якого може служити верхня межа гребенів клубових кісток. У 9% пацієток біфуркація аорти локалізується вище зчленування між 4 та 5 поперековими хребцями, а у 11% - нижче нього. Локалізація пупка по відношенню до ретроперитонеальних судин може бути надзвичайно варіабельною, у зв'язку з цим він не може бути використаний як анатомічний орієнтир розташування біфуркації аорти (192). Положення Тренделенбурга призводить до зміщення промонторіума криж, що в свою чергу наближає низхідний відділ черевної</p>	<p>Бифуркация аорты более чем у 75% пациенток располагается на уровне 4 поясничного позвонка, опознавательной точкой которого может служить верхняя граница гребней подвздошных костей. У 9% пациенток бифуркация аорты локализуется выше сочленения между 4 и 5 поясничными позвонками, а у 11% - ниже него. Локализация пупка по отношению к ретроперитонеальным сосудам может быть чрезвычайно вариабельной, в связи с этим он не может быть использован в качестве анатомического ориентира расположения бифуркации аорты (192). Положение Тренделенбурга приводит к смещению промонториума крестца, что</p>

<p>аорти до субумбілікальної ділянки (204).</p> <p>Пацієнтки астеничної статури, з ослабленою перерозтягнутою передньою черевною стінкою (155) і хворі з вираженим ожирінням представляють (237) найбільшу небезпеку відносно поранень магістральних судин при лапароскопії.</p> <p>У астеничних жінок ретроперитонеальні судини розташовуються в середньому на 2,5 см ближче до передньої черевної стінки (349). У пацієнток з ожирінням хірурги прагнуть уникнути преперитонеального введення голки Вереша та троакара, що нерідко призводить до додаткових зусиль в перпендикулярному напрямку при виконанні лапароскопії (157).</p> <p>Чужий текст переписаний разом із номерами покликань. Усі покликання – фальшиві, оскільки під цими номерами знаходяться зовсім інші джерела, а в «Списку використаної літератури» до дисертації Молодіченка значиться лише 136 джерел. Плагіат.</p>	<p>в свою очередь приближает нисходящий отдел брюшной аорты к субумбиликальной области (204).</p> <p>Пациентки астенического телосложения, с ослабленной перерастянутой передней брюшной стенкой (155) и больные с выраженным ожирением представляют (237) наибольшую опасность в отношении ранений магистральных сосудов при лапароскопии.</p> <p>У астеничных женщин ретроперитонеальные сосуды располагаются в среднем на 2,5 см ближе к передней брюшной стенке (349). У пациенток с ожирением хирурги стремятся избежать преперитонеального введения иглы Вереша и троакара, что нередко приводит к дополнительным мышечным усилиям в перпендикулярном направлении при выполнении лапароскопии (157).</p>
<p>С. 27–28.</p>	<p>С. 55–56.</p>
<p>Більшість авторів схильні вважати досвід хірурга основним чинником у профілактиці поранень магістральних судин при лапароскопії (282, 285). У той же час Mintz M. (1977) відзначав виникнення таких ускладнень у хірургів, які виконали більше 5000 ендоскопічних операцій.</p> <p>Ретроспективний аналіз дозволив Soderstrom R. (1998) виявити похибки техніки виконання лапароскопії, що стали причиною виникнення пошкоджень магістральних судин при лапароскопії. Серед них автор виділив наступні:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Неадекватний пневмоперитонеум. 2. Перпендикулярне або латеральне введення голки Вереша та троакарів. 3. Надмірне м'язове зусилля при введенні першого троакару. 4. Затуплення стилета троакару. 5. Недостатня протяжність кожного розрізу в області пупка. 6. Неправильне положення пацієнтки на операційному столі, що приводить до неадекватної оцінки анатомічних взаємовідносин між областю пупка і біфуркацією аорти. 7. Аномалії анатомічної будови таза. <p>Чужий текст переписаний разом із номерами покликань. Усі покликання – фальшиві, оскільки під цими номерами знаходяться зовсім інші джерела, а в «Списку використаної літератури» до дисертації Молодіченка значиться лише 136 джерел. Плагіат.</p>	<p>Большинство авторов склонны считать опыт хирурга основополагающим фактором в профилактике ранений магистральных сосудов при лапароскопии (282, 285). В то же время Mintz M. (1977) отмечал возникновение таких осложнений у хирургов, выполнивших более 5000 эндоскопических операций.</p> <p>Ретроспективный анализ позволил Soderstrom R. (1998) выявить погрешности техники выполнения лапароскопии, ставшие причиной возникновения поврежденных магистральных сосудов при лапароскопии. Среди них автор выделил следующие:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Неадекватный пневмоперитонеум. 2. Перпендикулярное или латеральное введение иглы Вереша и троакаров. 3. Чрезмерное мышечное усилие при введении первого троакара. 4. Затупление стилета троакара. 5. Недостаточная протяженность кожного разреза в области пупка. 6. Неправильное положение пациентки на операционном столе, приводящее к неадекватной оценке анатомических взаимоотношений между областью пупка и бифуркации аорты. 7. Аномалии анатомического строения таза.
<p>С. 28.</p>	<p>С. 70.</p>
<p>Пошкодження кишківника при лапароскопії прийнято вважати одними з найбільш небезпечних (228, 257, 304, 305). Їх несвоєчасна діагностика і лікування можуть призводити до перитоніту, септичного шоку і навіть смерті пацієнток (97, 144, 226).</p> <p>Точна частота поранень кишечника при лапароскопії невідома і як вказували ряд авторів є невисокою (93, 225, 304, 313).</p> <p>На думку С.У. Liu (1997) ушкодження кишечника під час лапароскопії можуть бути пов'язані з введенням голки Вереша та першого троакара, виникають при поділі злук в черевній порожнині і мало-</p>	<p>Повреждения кишечника при лапароскопии принято считать одними из наиболее опасных (228, 257, 304, 305). Их несвоевременная диагностика и лечение могут приводить к перитониту, септическому шоку и даже смерти пациенток (97, 144, 226).</p> <p>Истинная частота ранений кишечника при лапароскопии неизвестна и как указывали ряд авторов является невысокой (93, 225, 304, 313).</p> <p>По мнению С.У. Liu (1997) повреждения кишечника во время лапароскопии могут быть связаны с введением иглы Вереша и первого троакара, возникают при разделении сращений в брюшной по-</p>

<p>му тазі або проявляються кишковою непрохідністю при защемленні петель кишки (грижа Ріхтера) внаслідок неадекватного відновлення апоневрозу.</p> <p>Чужий текст переписаний разом із номерами покликань. Усі покликання – фальшиві, оскільки під цими номерами знаходяться зовсім інші джерела, а в «Списку використаної літератури» до дисертації Молодіченка значиться лише 136 джерел. Плагіат.</p>	<p>лости и малом тазу или проявляются кишечной непроходимостью при ущемлении петли кишки (грыжа Рихтера) вследствие неадекватного восстановления апоневроза.</p>
<p>С. 29.</p>	<p>С. 70.</p>
<p>За даними Metzger D. (1997) поранення кишечника при введенні першого троакара зустрічаються з частотою 1,6-1,8 на 1000 лапароскопій. За іншими джерелами цей показник коливається в межах від 0,048 до 0,1 % (98, 110, 248). При введенні першого троакара найчастіше травмується поперечна ободова кишка (98).</p> <p>У 1985 році група американських хірургів вперше створила експериментальну модель поранень кишечника на кроликах (218). При цьому перфорації кишечника були зроблені за допомогою голки Вереша, троакара, монополярної і біполярної коагуляції. Це дослідження дозволило встановити особливості гістологічної будови стінки пошкодженої кишки і обґрунтувати принципи раціональної тактики хірургічної корекції таких ускладнень.</p> <p>Чужий текст переписаний разом із номерами покликань. Усі покликання – фальшиві, оскільки під цими номерами знаходяться зовсім інші джерела, а в «Списку використаної літератури» до дисертації Молодіченка значиться лише 136 джерел. Плагіат.</p>	<p>По данным Metzger D. (1997) ранения кишечника при введении первого троакара встречаются с частотой 1,6-1,8 на 1000 лапароскопий. По другим источникам этот показатель колеблется в пределах от 0,048 до 0,1 % (98, 110, 248). При введении первого троакара наиболее часто травмируется поперечная ободочная кишка (98).</p> <p>В 1985 году группа американских хирургов впервые создала экспериментальную модель ранений кишечника на кроликах (218). При этом перфорации кишечника были произведены с помощью иглы Вереша, троакара, монополярной и биполярной коагуляции. Это исследование позволило установить особенности гистологического строения стенки поврежденной кишки и обосновать принципы рациональной тактики хирургической коррекции таких осложнений.</p>
<p>С. 29–30.</p>	<p>С. 87.</p>
<p>Своєчасна діагностика ушкоджень кишечника відразу під час лапароскопії має надзвичайно важливе значення і дозволяє уникнути повторних втручань (226,377).</p> <p>Одним з обов'язкових принципів виконання лапароскопії практично всіма хірургами вважається ретельна ревізія органів черевної порожнини з обов'язковим оглядом місця введення троакара на передній черевній стінці після введення першого троакара (304, 313, 346). При цьому передчасне, до ревізії, переведення пацієнтки в положення Тренделєбурга може призвести до зміщення петель кишечника у верхні відділи черевної порожнини та унеможливити діагностику пошкодження (208, 300). Огляд місця введення першого троакара проводиться через додатковий троакар в лівій клубовій області. Така тактика, на думку Liu CY (1997) обов'язкова, так як при пошкодженні підпаяної петлі кишечника вона часто знаходиться поза увагою хірурга і може залишитися нерозпізнаною. Введення при цьому перший троакар в періумбілікальний ділянку витягувати не рекомендується для кращої орієнтації в черевній порожнині. У тих випадках, коли є виражені злуки в черевній порожнині, що не дозволяють здійснити ревізію місця введення першого троакара, огляд необхідно проводити після попереднього адгезіолізісу до початку виконання основного етапу планованої операції (93,242).</p> <p>Чужий текст переписаний разом із номерами покликань і з орфографічною помилкою «Трен-</p>	<p>Своевременная диагностика поврежденных кишечника сразу во время лапароскопии имеет чрезвычайно важное значение и позволяет избежать повторных вмешательств (226, 377).</p> <p>Одним из обязательных принципов выполнения лапароскопии практически всеми хирургами считается тщательная ревизия органов брюшной полости с обязательным осмотром места введения канюли на передней брюшной стенке после введения первого троакара (304, 313, 346). При этом преждевременный, до ревизии перевод пациентки в положение Тренделєбурга может привести к смещению петель кишечника в верхние отделы брюшной полости и сделать невозможным диагностику повреждения (208, 300.). Осмотр места введения первого троакара производится через дополнительный троакар в левой подвздошной области. Такая тактика, по мнению Liu C.Y. (1997) обязательна, так как при повреждении подпаянной петли кишечника она зачастую находится вне поля зрения хирурга и может остаться нераспознанным. Введенный при этом первый троакар в періумбікальной области извлекать не рекомендуется для лучшего ориентира в брюшной области. В тех случаях, когда имеются выраженные сращения в брюшной полости, не позволяющие осуществить ревизию места введения первого троакара, осмотр необходимо производить после предварительного адгезиолизиса до начала выполнения основного этапа планируемой операции (93, 242).</p>

<p>делебурга». Усі покликання – фальшиві, оскільки під цими номерами знаходяться зовсім інші джерела, а в «Списку використаної літератури» до дисертації Молодіченка значиться лише 136 джерел. Плагіат.</p>	
<p>С. 30.</p>	<p>С. 88–89.</p>
<p>На думку Liu C. Y. (1997), Gordon A. і співавт. (1995), Rahimi M. (1994) при точкових пошкодженнях кишечника голкою Вереша, відсутності кишкового вмісту у вільній черевній порожнині та травми мезентеріальних судин відновлення цілості кишки не потрібно.</p> <p>При пораненнях, захоплюючих м'язовий шар або слизову оболонку необхідно відновлення цілості кишки (208, 228, 305). За даними Liu C. Y. (1997), Galen D. і співавт. (1999) лапароскопічний доступ може бути використаний тільки при пошкодженнях кишечника, протяжність яких не перевищує половини його діаметру і при абсолютній впевненості у відсутності травми сальника. У таких ситуаціях відновлення кишечника шляхом ендоскопії категорично протипоказано. Для надання адекватної допомоги обов'язково виконання середньої лапаротомії, резекції кишечника і анастомозу.</p> <p>Чужий текст переписаний разом із номерами покликань. Усі покликання – фальшиві, оскільки в «Списку використаної літератури» до дисертації Молодіченка значиться лише 136 джерел. Плагіат.</p>	<p>По мнению Liu C. Y. (1997), Gordon A. и соавт. (1995), Rahimi M. (1994) при точечных повреждениях кишечника иглой Вереша, отсутствии кишечного содержимого в свободной брюшной полости и травмы мезентериальных сосудов восстановление целостности кишки не требуется.</p> <p>При ранениях, захватывающих мышечный слой или слизистую оболочку необходимо восстановление целостности кишки (208, 228, 305). По данным Liu C. Y. (1997), Galen D. и соавт. (1999) лапароскопический доступ может быть использован только при повреждениях кишечника, протяженность которых не превышает половины его диаметра и абсолютной уверенности в отсутствии травмы брыжейки. В таких ситуациях восстановление кишечника путем эндоскопии категорически противопоказано. Для оказания адекватной помощи обязательно выполнение срединной лапаротомии, резекции кишечника и анастомоза.</p>
<p>С. 30.</p>	<p>С. 89.</p>
<p>Відновлення цілості кишечника при лапароскопії повинно проводитися на основі загально хірургічних принципів залежно від глибини і протяжності ушкоджень (134, 166, 228, 257, 372, 388). При поверхневих травмах кишки можливе використання однорядних швів, при пораненнях м'язового шару або слизової оболонки застосування пошарового зашивання дефектів (247, 262, 372). Для запобігання звуження просвіту кишечника шви повинні накладатися в поперечному напрямку.</p> <p>Чужий текст переписаний разом із номерами покликань. Усі покликання – фальшиві, оскільки під цими номерами знаходяться зовсім інші джерела, а в «Списку використаної літератури» до дисертації Молодіченка значиться лише 136 джерел. Плагіат.</p>	<p>Восстановление целостности кишечника при лапароскопии должно проводиться по общехирургическим принципам в зависимости от глубины и протяженности повреждений (134, 166, 228, 257, 372, 388). При поверхностных травмах кишки возможно использование однорядных швов, при ранениях мышечного слоя или слизистой обязательно применение послойного зашивания дефектов (247, 262, 372). Для предотвращения сужения просвета кишечника швы должны накладываться в поперечном направлении.</p>
<p>С. 30–31.</p>	<p>С. 92–93.</p>
<p>Дані про частоту та вираженість злукового процесу у пацієнток з перенесеними лапаротоміями в анамнезі в літературі дуже суперечливі. Однак всі автори вважають, що оперативні втручання на органах черевної порожнини є важливим пошкоджуючим фактором, що сприяє виникненню злукової хвороби.</p> <p>На думку Р. А. Женчевскої (1989), В. І. Кулакова та співавт. (1998) докладно зібраний анамнез про перенесені операції може дати певне уявлення про поширеність злук. Характер захворювання і травматичність хірургічного втручання відіграють важливу роль у виникненні післяопераційних злук черевної порожнини (38, 49). При лапаротомії і маніпуляціях на органах черевної порожнини очеревина</p>	<p>Данные о частоте и выраженности спаечного процесса у пациенток с чревосечениями в анамнезе в литературе весьма противоречивы. Однако все авторы считают, что оперативные вмешательства на органах брюшной полости являются важным повреждающим фактором, способствующим возникновению спаечной болезни.</p> <p>По мнению Р. А. Женчевского (1989), В. И. Кулакова и соавт. (1998) подробно собранный анамнез о перенесенных операциях может дать определенное представление о распространенности спаек. Характер заболевания и травматичность хирургического вмешательства играют важную роль в возникновении послеоперационных спаек брюшной полости (38, 49). При лапаротомии и ма-</p>

<p>піддається численним травматичним діям. Найчастіше до злукової хвороби ведуть такі захворювання, як проникаючі поранення черевної порожнини, непрохідність кишечника, проривна виразка шлунка, позаматкова вагітність; а також хірургічні операції: холецистектомія, резекція шлунка, апендектомія, видалення грижі. При всіх цих захворюваннях та операціях важливими пошкоджуючими факторами є наявність інфекції в черевній порожнині, попадання в неї сторонніх тіл, вмісту шлунково – кишкового тракту, крововиливи, висушування очеревини повітрям. Більш великі злуки, що виникають після гінекологічних операцій, пов'язані з підвищеною пластичною здатністю очеревини нижнього поверху черевної порожнини. Так за даними В. І. Кулакова і співавт. (1998), частота утворення післяопераційних злук після реконструктивних операцій на матці та її додатках склала 90,1 %, після адгезіолізу - 92,1 %, після тубектомії 90,9 %, після надпівкової ампутації матки 92,6 %, після екстирпації матки 95,0 %, після кесарева розтину 70,6 %.</p> <p>Чужий текст переписаний разом із номерами покликань. Усі покликання – фальшиві, оскільки під цими номерами знаходяться зовсім інші джерела. Плагіат.</p>	<p>нипуляциях на органах брюшной полости брюшина подвергается многочисленным травматическим воздействиям. Наиболее часто к спаечной болезни ведут такие заболевания, как проникающие ранения брюшной полости, непроходимость кишечника, прободная язва желудка, внематочная беременность; а также хирургические операции: холецистэктомия, резекция желудка, аппендэктомия, грыжесечение. При всех этих заболеваниях и операциях важными повреждающими факторами являются наличие инфекции в брюшной полости, попадание в нее инородных тел, содержимого желудочно-кишечного тракта, кровоизлияния, высушивание брюшины воздухом</p> <p>Более обширные спайки, возникающие после гинекологических операций, связаны с повышенной пластической способностью брюшины нижнего этажа брюшной полости. Так по данным В. И. Кулакова и соавт. (1998), частота образования послеоперационных спаек после реконструктивных операций на матке и её придатках составила 90,1%, после адгезиолізу - 92,1%, после тубэктомии 90,9%, после надвлагалищной ампутации матки 92,6%, после экстирпации матки 95,0%, после кесарева сечения 70,6%.</p>
<p>С. 31–32.</p>	<p>С. 133.</p>
<p>Ризик поранень органів сечовидільної системи (сечоводів, сечового міхура, формування генітально-сечових свищів) при гінекологічних операціях надзвичайно високий. Ще в 1986 році Dowling R. і співавт. вказували, що до 75 % всіх пошкоджень сечоводів спостерігається після гінекологічних операцій. За даними Tancer M. (1992), Campbell M. і співавт. (1992) від 70 до 74 % сечових свищів виникає після гістеректомії. Ці автори відзначали, що сечові фістули можуть спостерігатися і після вагінальних операцій і після кесаревого розтину. Дійсна кількість пошкоджень органів сечової системи при гінекологічних операціях невідома (390). Однак за повідомленнями деяких джерел частота травм сечовидільних органів коливається від 0,20 до 2,56 % (131, 165, 362).</p> <p>Чужий текст переписаний разом із номерами покликань. Усі покликання – фальшиві, оскільки під цими номерами знаходяться зовсім інші джерела, а в «Списку використаної літератури» до дисертації Молодиченка значиться лише 136 джерел. Плагіат.</p>	<p>Риск ранений органов мочевого выделительной системы (мочеточников, мочевого пузыря, формирование генитально-мочевых свищей) при гинекологических операциях чрезвычайно высок. Еще в 1986 году Dowling R. и соавт. указывали, что до 75% всех поврежденных мочеточников наблюдается после гинекологических операций. По данным Tancer M. (1992), Campbell M. и соавт. (1992) от 70 до 74% мочевых свищей возникает после гистеректомии. Эти авторы отмечали, что мочевые фистулы могут наблюдаться и после влагалищных операций и после кесарева сечения. Истинная частота поврежденных органов мочевой системы при гинекологических операциях неизвестна (390). Однако по сообщениям некоторых источников частота травм мочевого выделительных органов колеблется от 0,20 до 2,56% (131, 165, 362).</p>
<p>С. 32–33.</p>	<p>С. 133–134.</p>
<p>З розвитком ендоскопічної хірургії з'явилися повідомлення про пошкодження сечовидільної системи при лапароскопічних операціях (17,121,125, 202,234, 235,236,328, 340, 343, 355,391). За даними Font G. і співавт. (1993) частота поранень сечових органів при лапароскопії становить 0,05 %. Однак Daly J. і співавт. (1988) відзначали, що справжня частота таких ускладнень значно вище, так як деякі з них не реєструються, а частина – протікає безсимптомно. На думку Saidi M. і співавт. (2009) повідомлень про травми сечової системи при лапароскопії дійсно стало більше, однак частота таких ускладнень в останні роки істотно не змінилася. Assimos D. і співавт. (1994) відзначили</p>	<p>С развитием эндоскопической хирургии появились сообщения о повреждениях мочевого выделительной системы при лапароскопических операциях (17, 121, 125, 202, 234, 235, 236, 328, 340, 343, 355, 391). По данным Font G. и соавт. (1993) частота ранений мочевых органов при лапароскопии составляет 0,05%. Однако Daly J. и соавт. (1988) отмечали, что истинная частота таких осложнений значительно выше, так как некоторые из них не регистрируются, а часть – протекает бессимптомно. По мнению Saidi M. и соавт. (1996) сообщений о травмах мочевой системы при лапароскопии действительно стало больше, однако частота таких осложнений в последние годы существенно не из-</p>

<p>значне збільшення сечових ускладнень лапароскопії при порівняльному аналізі кількості пацієнток, що надійшли до їх центру з такою патологією. За період 2000-2004 рр. частота ушкоджень сечових органів склала 13 / 10000 , а за 2005-2010рр. - 41/10000 . На думку О. Б. Лорана і співавт. (2002) частота ушкоджень сечового міхура і сечоводів при ендоскопічних операціях коливається від 1 до 6,1 %. В. І. Краснопольський (2000) вважає , що в останні роки відзначається збільшення пацієнток з урогенітальними норицями. Автор пов'язує цю закономірність з широким впровадженням в практику методики ендохірургічного видалення матки.</p> <p>Поранення органів сечовидільної системи можуть спостерігатися і при нескладних лапароскопічних процедурах : стерилізації , розтині злук і електрокоагуляції крижово – маткових зв'язок (121,165,170,194,326).</p> <p>Чужий текст переписаний разом із номерами покликань. Усі покликання – фальшиві, оскільки під цими номерами знаходяться зовсім інші джерела, а в «Списку використаної літератури» до дисертації Молодіченка значиться лише 136 джерел. Також Молодіченко підмінив роки дослідження. Фальсифікація даних. Плагіат.</p>	<p>менилась. Assimos D. и соавт. (1994) отметили значительное увеличение мочевых осложнений лапароскопии при сравнительном анализе количества пациенток, поступивших в их центр с такой патологией. За период 1980-1984 гг. частота поврежденной мочевых органов составила 13/10000, а за 1985-1989 гг. - 41/10000. По мнению О. Б. Лорана и соавт. (2000) частота поврежденной мочевого пузыря и мочеточников при эндоскопических операциях колеблется от 1 до 6,1 %. В. И. Краснопольский (2000) считает, что в последние годы отмечается увеличение пациенток с урогенитальными свищами. Автор связывает эту закономерность с широким внедрением в практику методики эндохирургического удаления матки.</p> <p>Ранения органов мочевыделительной системы могут наблюдаться и при несложных лапароскопических процедурах: стерилизации, рассечении спаек и электрокоагуляции крестцово-маточных связок (121, 165, 170, 194, 326).</p>
<p>С. 35.</p>	<p>С. 46–47.</p>
<p style="text-align: center;">(РОЗДІЛ 2 МАТЕРІАЛ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ)</p> <p style="text-align: center;"><...></p> <p>Серед ускладнень, пов'язаних з методикою лапароскопічного доступу в черевну порожнину, нам вдалося проаналізувати такі:</p> <p>1. Ускладнення під час створення пневмоперитонеуму.</p> <p>В дане дослідження не увійшли такі ускладнення пневмоперитонеуму , як підшкірна та передчеревна емфізема. Це пояснюється тим , що вони не викликають серйозних змін у стані пацієнток і самостійно проходять без спеціального лікування. Таке ставлення до цієї групи ускладнень не є правильним, так як причини виникнення екстраперитонеальної інсуфляції слід шукати в недосконалості техніки при створенні пневмоперитонеуму.</p> <p>З важких ускладнень пневмоперитонеуму ми не стикалися з емфіземою середостіння і газової емболією, однак у 5 пацієнток було констатовано спонтанний пневмоторакс.</p> <p>Дані з російської дисертації 2004-го року Молодіченко переписав у свою дисертацію 2016-го р. Відомості про 5 пацієнток переписані. Фальсифікація дослідження. Плагіат.</p>	<p>Среди осложнений, связанных с методикой лапароскопического входа в брюшную полость, в этом разделе нам удалось проанализировать следующие:</p> <p>1. Осложнения пневмоперитонеума.</p> <p>В настоящее исследование не вошли такие осложнения пневмоперитонеума, как подкожная, предбрюшинная эмфизема, пневмооментум и другие. Это объясняется тем, что они не вызывают серьезных изменений в состоянии пациенток и самостоятельно проходят без специального лечения. Такое отношение к этой группе осложнений не является правильным, так как причины возникновения экстраперитонеальной инсуффляции следует искать в погрешностях техники при создании пневмоперитонеума.</p> <p>Из тяжелых осложнений пневмоперитонеума мы не сталкивались с эмфиземой средостения и газовой эмболией, однако у 5 пациенток был констатирован спонтанный пневмоторакс.</p>
<p>С. 35–36.</p>	<p>С. 47.</p>
<p>2. Поранення ретроперитонеально розташованих магістральних судин черевної порожнини, що виникли при введенні першого троакару або голки Вереша, відзначалися у 16 жінок.</p> <p>Поряд з ушкодженнями аорти, нижньої порожнистої вени, здухвинних судин в цю групу ускладнень були віднесені ретроперитонеальні гематоми, розташовані в проекції магістральних судин.</p> <p>3. Травми судин передньої черевної стінки в результаті введення додаткових троакарів спостерігалися у 17 хворих.</p>	<p>2. Ранения ретроперитонеально расположенных магистральных сосудов брюшной полости, возникшие при введении первого троакара или иглы Вереша, отмечались у 16 женщин.</p> <p>Наряду с повреждениями аорты, нижней полой вены, подвздошных сосудов в эту группу осложнений были отнесены ретроперитонеальные гематомы, расположенные в проекции магистральных сосудов.</p> <p>3. Травмы сосудов передней брюшной стенки в результате введения дополнительных троакаров</p>

	Відомості про 16 жінок та 17 хворих переписані з російської дисертації. Фальсифікація дослідження. Плагіат.	наблюдались у 17 больних.
	С. 36.	С. 72.
	<p>Щодо поранень кишківника, то нам вдалося проаналізувати 34 пошкодження кишечника при лапароскопії, що мали місце в гінекологічному відділенні ДКЛ №1 ст. м. Київ Південно-західної залізниці та Центральному госпіталі МВС України. До них були віднесені:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Поранення кишечника, що виникли при введенні першого троакара (у 11 пацієнток). - Пошкодження кишечника, що спостерігалися в процесі проведення лапароскопічного адгезіолізісу (23 хворих). <p>Молодіченко знову переписує чужий текст і підмінює кількість хворих, замінюючи в числ 13 першу цифру 1 на 2. Фальсифікація дослідження. Плагіат.</p>	<p>Нам удалось проанализировать 24 повреждения кишечника при лапароскопии, из них 10 имели место в гинекологическом отделении ЦПСИР. К ним были отнесены:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ранения кишечника, возникшие при введении первого троакара (у 11 пациенток). • Повреждения кишечника, наблюдавшиеся в процессе проведения лапароскопического адгезиолиза (13 больных).
	С. 36–37.	С. 79.
	<p>Слід зазначити, що серед пацієнток, оперованих у нашій клініці, в цю групу ускладнень ми не включили непроникаючі поранення кишечника, що виникли в процесі розділення злук або висічення ретроцервікального ендометріозу відновлені відразу після їх виникнення при лапароскопії (у 29 пацієнток). Також до пошкоджень кишечника не були віднесені 12 пацієнток, оперованих з приводу інфільтративного ендометріозу позаматкового простору із залученням в патологічний процес прямої кишки. У цих жінок висічення ендометріозу супроводжувалося розкриттям просвіту прямої кишки, відновлення цілості якої проводилося під час лапароскопії. Перед проведенням лапароскопічного втручання за даними передопераційного обстеження передбачалося поширення ендометріозу на пряму кишку, а необхідність радикального видалення патологічно змінених тканин не виключала можливість порушення цілості прямої кишки. Ми згодні з думкою Reich H. (2000), що висічення інфільтративного ендометріозу ректовагінального простору, що супроводжується розкриттям прямої кишки, не слід вважати ускладненням лапароскопічного втручання.</p> <p>Ушкодження кишечника в ході розділення злук спостерігалися тільки у жінок, що мали зміни в анатомічному взаєморозташуванні органів черевної порожнини і малого тазу.</p> <p>Відомості про 29 та 12 пацієнток переписані з російської дисертації. Фальсифікація дослідження. Ніяких операцій Молодіченко не проводив. Плагіат.</p>	<p>Следует отметить, что среди пациенток, оперированных в нашей клинике, в эту группу осложненный мы не включили непроникающие ранения кишечника, возникшие в процессе разделения спаек или иссечения ретроцервикального эндометриоза восстановленные сразу после их возникновения при лапароскопии (у 29 пациенток). Также к повреждениям кишечника не были отнесены 12 пациенток, оперированных по поводу инфильтративного эндометриоза позадматочного пространства с вовлечением в патологический процесс прямой кишки. У этих женщин иссечение эндометриоза сопровождалось вскрытием просвета прямой кишки, восстановление целостности которой производилось во время лапароскопии. Перед проведением лапароскопического вмешательства по данным предоперационного обследования предполагалось распространение эндометриоза на прямую кишку, а необходимость радикального удаления патологически измененных тканей не исключала возможность нарушения целостности прямой кишки. Мы согласны с мнением Reich H. (2000), что иссечение инфильтративного эндометриоза ректовагинального пространства, сопровождающееся вскрытием прямой кишки, не следует считать осложнением лапароскопического вмешательства.</p> <p>Повреждения кишечника в ходе разделения спаек наблюдались только у женщин, имевших изменения нормальных анатомических взаимоотношений органов брюшной полости и малого таза.</p>
2	<p>Молодіченко Максим Сергійович. Оптимізація методики малоінвазивної хірургії у жінок з трубно-перитонеальним безпліддям. Дис. ... канд. медичних наук. – Київ, 2016. (https://nrat.ukrintei.ua/searchdoc/0416U000939/)</p>	<p>Запорожан В. Н., Грубник В. В., Саенко В. Ф., Ничитайло М. Е. Видеозндоскопические операции в хирургии и гинекологии. – Київ: Здоров'я, 1999.</p>
	С. 18–19.	С. 31.
	<p>І.В.Федоров (1998) ділить ускладнення, що виникають при лапароскопічних втручаннях на дві</p>	<p>І.В.Федоров (1998) делит осложнения, возникающие при лапароскопических вмешательствах,</p>

<p>групи: ускладнення, які зустрічаються як при лапароскопічних, так і при відкритих операціях (кровотеча із судин органів, які резекують, неспроможність анастомозів, пошкодження жовчних проток та ін) та специфічні ускладнення на ґрунті лапароскопічних втручань, пов'язані з введенням голки при створенні пневмоперитонеума, введенням троакара, інсуфляцією вуглекислого газу.</p> <p>Серед специфічних ускладнень виділяють наступні:</p> <p>1) екстраперитонеальна інсуфляція (підшкірна емфізема, пневмоментум, пневмо-медіастинум, пневмоторакс); 2) пошкодження судин передньої черевної стінки, внутрішніх органів, великих судин заочеревинного простору (аорта, нижня порожниста вена, клубові судини та ін) при введенні голки Вереша або троакарів в черевну порожнину; 3) утворення гриж у місці введення троакара.</p> <p>Частота виникнення підшкірної емфіземи при проведенні лапароскопічних операцій становить від 0,5 до 3% (R.Soderstrom, 1998). Найбільш часта причина - неправильне введення голки Вереша в тканини передньої черевної стінки.</p>	<p>на две группы: осложнения, которые встречаются как при лапароскопических, так и при открытых операциях (кровотечение из сосудов резецируемых органов, несостоятельность анастомозов, повреждение желчных протоков и др.), и специфические осложнения на почве лапароскопических вмешательств, связанные с введением иглы при создании пневмоперитонеума, введением троакаров, инсуффляцией CO₂.</p> <p>Среди специфических осложнений выделяют следующие: 1) экстраперитонеальная инфляция (подкожная эмфизема, пневмоментум, пневмомедиастиnum, пневмоторакс); 2) повреждения сосудов передней брюшной стенки, внутренних органов, крупных сосудов забрюшинного пространства (аорта, нижняя полая вена, подвздошные сосуды и др.) при введении иглы Вереша или троакаров в брюшную полость; 3) образование грыж в месте введения троакаров.</p> <p>Частота возникновения подкожной эмфиземы при проведении лапароскопических операций составляет от 0,5 до 3% (R.Soderstrom, 1998). Наиболее частая причина — неправильное введение иглы Вереша в ткани передней брюшной стенки.</p>
С. 19.	С. 32.
<p>Пошкодження судин передньої черевної стінки. Це ускладнення іноді призводить до масивної зовнішньої або внутрішньої кровотечі. Частота ушкоджень судин передньої черевної стінки, за даними літератури, складає від 0,05 до 2% (K.Zucker, 1993, R.Soderstrom, 1998).</p>	<p>Повреждение сосудов передней брюшной стенки. Это осложнение иногда приводит к массивному наружному или внутреннему кровотечению. Частота поврежденных сосудов передней брюшной стенки, по данным литературы, составляет от 0,05 до 2% (K.Zucker, 1993; R.Soderstrom, 1998).</p>
С. 19.	С. 32.
<p>У літературі описані випадки пошкодження аорти, нижньої порожнистої вени, клубових судин, великих судин брижі кишки. Особливо підступні поранення великих судин голкою Вереша, оскільки вони призводять до розвитку великих заочеревинних гематом з мінімальною кількістю крові в черевній порожнині.</p>	<p>В литературе описаны случаи повреждения аорты, нижней полой вены, подвздошных сосудов, крупных сосудов брыжейки кишки. Особенно коварны ранения крупных сосудов иглой Вереша, так как они приводят к развитию больших забрюшинных гематом с минимальным количеством крови в брюшной полости.</p>
С. 19.	С. 32.
<p>Рідкісне ускладнення при пораненні судин - газова емболія. Частота цього ускладнення, за даними літератури, становить від 0,002 до 0,016% (Thompson і співавтори, 1996, R.Soderstrom, 1998).</p>	<p>Редкое осложнение при ранении сосудов — газовая эмболия. Частота этого осложнения, по данным литературы, составляет от 0,002 до 0,016% (Thompson и соавт., 1996; R.Soderstrom, 1998).</p>
С. 19–20.	С. 33.
<p>Частота ушкодження внутрішніх органів голкою Вереша при створенні пневмоперитонеума варіює від 0,05 до 0,5% (R. Soderstrom, 1998). Найчастіше пошкоджуються петлі кишечника, печінка, шлунок, сечовий міхур. Частота ушкоджень внутрішніх органів різко зростає при наявності вираженого спайкового процесу в черевній порожнині, обумовлено раніше перенесеними операціями та запальними захворюваннями черевної порожнини.</p>	<p>Частота повреждения внутренних органов иглой Вереша при создании пневмоперитонеума варьирует от 0,05 до 0,5% (R.Soderstrom, 1998). Чаще всего повреждаются петли кишечника, печень, желудок, мочевого пузыря. Частота повреждений внутренних органов резко возрастает при наличии выраженного спаечного процесса в брюшной полости, обусловленного ранее перенесенными операциями и воспалительными заболеваниями брюшной полости.</p>
С. 20.	С. 281–282.
<p>За даними D. Querleu, С. Chapron (1995) частота переходу до лапаротомії при діагностичних і малих лапароскопічних втручаннях склали 1,1 на 1000, а при великих і складних - 4,8 на 1000 оперованих. За даними F. Jansen (1995) частота ускладнень при виконанні лапароскопічних операцій в Голландії становить 5,6 на 1000, перехід до лапаротомії - 3,3 на 1000 оперованих. Причому, при</p>	<p>По данным D.Querleu, С.Chapron (1995), частота перехода к лапаротомии при диагностических и малых лапароскопических вмешательствах составила 1,1 на 1000, а при больших и сложных — 4,8 на 1000 оперируемых. По данным F.Jansen (1995), частота осложнений при лапароскопических операциях составляет 5.6 на 1000, перехода к лапаротомии — 3,3 на 1000 оперируемых. Причем при</p>

<p>діагностичній лапароскопії частота конверсії склала 2,7 на 1000 операцій, при виконанні лапароскопічних операцій - 17,9.</p> <p>Американська Асоціація гінекологів-ендоскопістів з'ясувала, що в 1993-1994 роках частота пошкоджень кишечника і сечовивідних шляхів при виконанні лапароскопічних гінекологічних операцій була 6,7 на 1000 операцій, кровотечі спостерігалися в 10,4 випадках з 1000. Летальність при лапароскопічних втручаннях становить 0,1 - 0,2 на 1000 втручань (Hulka G. et al., 1995).</p> <p>Лапароскопічні ускладнення прийнято розділяти на пов'язані з методикою лапароскопії (введення голки Вереша, створення пневмоперитонеума, введення троакарів) і виникають безпосередньо в процесі гінекологічної операції. Ускладнення, пов'язані з методикою лапароскопії були докладно описані раніше в розділі 3.</p> <p>Текст із книги Запорожана переписаний разом із згадуванням глави 3, що в Молодіченка перетворилася на розділ 3, який «раніше» першого розділу ніяк не міг бути описаний. Плагіат.</p>	<p>диагностической лапароскопии частота конверсии составила 2,7 на 1000 операций, при лапароскопических операциях — 17,9.</p> <p>По данным американской Ассоциации гинекологов-эндоскопистов, в 1993 — 1994 гг. частота поврежденной кишечника и мочевыводящих путей при выполнении лапароскопических гинекологических операций составила 6,7 на 1000, кровотечений — 10,4 на 1000 операций. Летальность при лапароскопических вмешательствах составляет 0,1—0,2 на 1000 операций (G.Hulka и соавт., 1995).</p> <p>Принято различать лапароскопические осложнения, связанные с методикой лапароскопии (введение иглы Вереша, создание пневмоперитонеума, введение троакаров), и возникающие непосредственно в процессе гинекологической операции. Осложнения, связанные с методикой лапароскопии, подробно описаны в гл.3.</p>
<p>С. 20–21.</p>	<p>С. 282.</p>
<p>Для лапароскопічних гінекологічних операцій характерні такі ускладнення, як поранення кровеносних судин (найчастіше надчрекових), кишечника, сечового міхура, сечоводів, кровотеча з маткових судин, перикюльтити, грижі у місці проколів черевної стінки троакаром 10 мм і більше при використанні макроморцелляторів і зшивачів (Савельєва Г. М. з співавт., 1997; Dequesne J. et al., 1993; Liu C., 1994; Riedel H. et al., 1995; Daniell J.F. 1997).</p>	<p>Для лапароскопических гинекологических операций характерны такие осложнения, как повреждение кровеносных сосудов (чаще всего надчрековых), кишечника, мочевого пузыря, мочеточников, кровотечение из маточных сосудов, перикюльтит, образование грыж в месте проколов брюшной стенки троакарами диаметром 12—14 мм и более при использовании макроморцелляторов и сшивающих аппаратов (Г.М.Савельева и соавт., 1997; J.Dequesne и соавт., 1993; C.Liu, 1994; H.Piede и соавт., 1995; J.F.Daniell, 1997).</p>
<p>С. 21.</p>	<p>С. 282.</p>
<p>Поранення органів сечової системи можливі при виконанні нескладних лапароскопічних процедур: стерилізації, розсічення злук, електрокоагуляції маткових зв'язок. Значно частіше ушкодження сечових шляхів виникає при лапароскопічній гістеректомії (Kadar N., 1994; Reich H., 1996). Порушення анатомічних співвідношень геніталій, що виникає при ендометріозі, великих міомах матки, злукуючому процесі після запальних захворювань і операцій на органах черевної порожнини значно підвищує ризик поранення сечової системи. Лапароскопічні пошкодження сечового міхура і сечоводів можуть спостерігатися при використанні електрокоагуляції, лазерів, зшивачів, при накладенні кліпс. На думку багатьох авторів (Dequesne J. et al., 1993; Soderstrom R., 1994; Kadar N., 1994; Reich H., 1996), поранення сечоводів і сечового міхура часто пов'язані із застосуванням зшиваючих апаратів, в меншій мірі це відбувається при моно-та біполярній коагуляції.</p>	<p>Повреждение органов мочевой системы возможно при выполнении несложных лапароскопических процедур: стерилизации, рассечения спаек, электрокоагуляции маточных связок. Значительно чаще повреждение мочевыводящих путей возникает при лапароскопической гистерэктомии (N.Kadar, 1994; H.Reich, 1996). Нарушение анатомических взаимоотношений гениталий, возникающее при эндометриозе, больших миомах матки, спаечном процессе после воспалительных заболеваний и операций на органах брюшной полости, значительно повышает риск повреждения органов мочевой системы. Лапароскопическое повреждение мочевого пузыря и мочеточников может наблюдаться при использовании электрокоагуляции, лазеров, сшивающих аппаратов, при наложении клипс. По мнению многих авторов (J.Dequesne и соавт., 1993; R.Soderstrom, 1994; N.Kadar, 1994; H.Reich, 1996), повреждение мочеточников и мочевого пузыря часто связано с применением сшивающих аппаратов, реже оно происходит при моно- и биполярной коагуляции.</p>
<p>С. 21–22.</p>	<p>С. 282.</p>
<p>Поранення сечового міхура, як правило, легко діагностується при лапароскопії. При підозрі на ушкодження сечового міхура діагностиці допомагає ретроградне введення метиленової сині, поява бульбашок газу в сечовому катетері, дані інтраопераційної цистоскопії. Лікування пошкоджень міхура залежить від локалізації і розмірів дефектів і поля-</p>	<p>Повреждение мочевого пузыря, как правило, легко диагностируется при лапароскопии. Установлению диагноза помогают ретроградное введение метиленового синего, появление пузырьков газа в мочевом катетере, данные интраоперационной цистоскопии. Лечение поврежденной мочевого пузыря зависит от локализации и размеров дефектов</p>

	<p>гає у відновленні цілісності сечового міхура, яке виконується, як правило, при лапаротомії. Однак деякі гінекологи-ендоскопісти (Font G. et al., 1993; Marret H. et al., 1997) рекомендують зашивати сечовий міхур, використовуючи техніку лапароскопічного шва. В післяопераційному періоді обов'язкова постійна катетеризація сечового міхура впродовж 7 – 10 днів.</p>	<p>и заключается в восстановлении целостности мочевого пузыря, которое выполняют, как правило, при лапаротомии. Однако некоторые гинекологи-эндоскописты (G.Font и соавт., 1993; H.Marret и соавт., 1997) рекомендуют зашивать мочевой пузырь, используя технику лапароскопического шва. В послеоперационный период обязательно постоянная катетеризация мочевого пузыря в течение 7—10 дней.</p>
	<p>С. 22.</p> <p>Діагностика ушкоджень сечоводів під час лапароскопії представляє значні труднощі. S. Albinі et al. (1995) повідомили про можливість відстрочених (через 4 - 6 тижнів після операції) проявів травми сечоводів при їх коагуляції. На думку G. Font et al. (1993) при підозрі на поранення сечоводів необхідна їх термінова катетеризація. При діагностиці поранення сечоводів проводять лапаротомію і виконують операцію за участю урологів. Хоча деякі автори (Gomel V., James C., 1991; Nezhat C., 1994) повідомляють про можливість лапароскопічного втручання на сечоводах, виконання подібних лапароскопічних втручань надзвичайно складно і недоцільно.</p> <p>Пошкодження кишківника при лапароскопії є одним з найбільш небезпечних ускладнень. Начастіше поранення кишківника спостерігаються при лапароскопічній стерилізації, ендометріозі, та при проведенні операцій підвищеної складності.</p>	<p>С. 282–283.</p> <p>Диагностика поврежденных мочеточников во время лапароскопии представляет значительные трудности. S.Albinі и соавторы (1995) сообщили о возможности отсроченных (через 4—6 нед после операции) проявлений травмы мочеточников при их коагуляции. По мнению G.Font и соавторов (1993), при подозрении на ранение мочеточников необходима их срочная катетеризация. При установлении диагноза ранения мочеточников производят лапаротомию и выполняют операцию с участием уролога. Хотя некоторые авторы (V.Gomel, C.James, 1991; C.Nezhat, 1994) сообщают о возможности лапароскопического вмешательства на мочеточниках, выполнение подобных операций чрезвычайно сложно и нецелесообразно.</p> <p>Повреждение кишечника при лапароскопии является одним из наиболее опасных осложнений. R.Soderstrom (1994) проанализировал 66 случаев повреждения кишечника при лапароскопических вмешательствах. Автор установил, что у 6 больных причиной травмы кишечника было электрохирургическое воздействие, у 60 больных — имела место механическая травма иглой Вереща, троакарами, ножницами. Наиболее часто повреждения кишечника наблюдались при лапароскопической стерилизации, на втором месте по частоте — эндометриоз, на третьем — операции повышенной сложности.</p>
	<p>С. 22–23.</p> <p>Внутрішньочеревні кровотечі можуть спостерігатися при пошкодженнях великих судин голкою Вереща або троакаром. Поранення аорти, нижньої порожнистої вени, клубових артерій і вен, а також судин брижі кишечника супроводжуються масивною кровотечею або утворенням ретроперитонеальної гематоми і вимагають негайної лапаротомії і допомоги бригади судинних хірургів (Gordon A., Taylor P., 1993; Daniell JF., 1997). На думку N. Gleeson et al. (1993), ризик поранення магістральних судин становить менше 1%.</p> <p>Дані літератури про частоту ускладнень при лапароскопічних гістеректоміях досить суперечливі. Так, за даними G. Padial, J. Solotongo (1994), частота ускладнень при лапароскопічній гістеректомії склала всього 1,14%, в той же час R. O'Shea, O. Petrucco (1995) і M. Harris, D. Olive (1994) повідомили про ускладнення в 16 - 18% випадків.</p> <p>Відповідно до думки провідних зарубіжних гінекологів-ендоскопістів (Nezhat C., 1994; Phipps J., 1995; Semm K., 1997), кількість інтраопераційних ускладнень при лапароскопічній гістеректомії значно менше, ніж при абдомінальних.</p>	<p>С. 283.</p> <p>Внутрибрюшное кровотечение может наблюдаться при повреждениях крупных сосудов иглой Вереща либо троакаром.</p> <p>Ранения аорты, нижней полой вены, подвздошных артерий и вен, а также сосудов брыжейки кишечника сопровождаются массивным кровотечением или образованием ретроперитонеальной гематомы и требуют немедленной лапаротомии и помощи бригады сосудистых хирургов (A.Gordon, P.Taylor, 1993; J.F.Daniell,1997) По мнению N.Gleeson (1993), риск ранения магистральных сосудов составляет менее 1%.</p> <p>Данные литературы о частоте осложнений при лапароскопической гистеректомии достаточно разноречивы. Так, по данным G.Padial, J.Solotongo (1994), она составила всего 1,14 %, по данным R.O'Shea, O.Petrucco (1995) и M.Harris, D.Olive (1994), — 16—18% случаев.</p> <p>Согласно мнению ведущих зарубежных гинеколог-эндоскопистов (C.Nezhat, 1994; J.Phipps, 1995; K.Semm, 1997), количество интраоперационных осложнений при лапароскопической гистеректомии значительно меньше, чем при абдоминальной.</p>
3	<p>Молодиченко Максим Сергійович. Оптимізація методики малоінвазивної хірургії у жінок з трубно-перитонеальним безпліддям. Дис. ... канд. медичних наук. – Київ, 2016.</p>	<p>Паращишена Т. А. Диференційований підхід до реконструктивно-пластичних операцій при безплідності трубного походження.</p>

	(https://nrat.ukrintei.ua/searchdoc/0416U000939/)	Дис. ... канд. медичних наук. – Київ, 2011. (https://nrat.ukrintei.ua/searchdoc/0411U007383/)																																																																																								
С. 8–9.	Наукова новизна. <...> <...> Надано нові критерії для диференційованого застосування лікувальних процедур у жінок із безпліддям трубно-перитонеального походження з урахуванням стану маткових труб та спайкового процесу в черевній порожнині. Запропоновано оригінальний комплекс профілактично-реабілітаційних заходів у жінок із безпліддям трубно-перитонеального походження, що покращує ефективність лікування та швидкість відновлення репродуктивної функції.	С. 10–11. Наукова новизна. <...> <...> Надано нові критерії для диференційованого застосування лікувальних процедур у жінок із безплідністю трубного походження з урахуванням стану маткових труб та спайкового процесу в черевній порожнині. Запропоновано оригінальний комплекс профілактично-реабілітаційних заходів у жінок із безплідністю трубного походження, що покращує ефективність лікування та швидкість відновлення репродуктивної функції.																																																																																								
С. 39.	С. 39. Аналізуючи соціальну зайнятість жінок, відмічено, що у групах обстежених вона була майже однотипною. Серед обстежених жінок основної групи службовці становили 32,5±4,4%, домогосподарки – 43,8±3,8%, робітниці – 14,5±2,9%, студенти – 9,2±2,6%. В контрольній групі службовці склали 50,1±7,1%, домогосподарки – 28,2±6,4%, робітниці – 11,3±4,5%, студенти – 10,4±4,3%. Як свідчать дані, наведені в таблиці 2.3, в анамнезі у жінок основної групи вірогідно частіше спостерігались запалення придатків матки. Середній вік початку менструацій в основній групі склав 12,7±0,04 років, а в контрольній – 12,6±0,06 років (p>0,05). Ожиріння I ступеню спостерігалось у 49 (30,6%) жінок основної групи і у 24 (48,0%) – контрольної. При дещо різних абсолютних значеннях професій спостерігаємо однакові відхилення (±). Ідентичними є середній вік початку менструацій в основній та контрольній групах, а також ожиріння в контрольній групі. Плагіат. Фальсифікація дослідження.	С. 39. Аналізуючи соціальну зайнятість жінок, відмічено, що у групах обстежених вона була майже однотипною. Серед обстежених жінок основної групи службовці становили 52,1±4,4%, домогосподарки – 25,2±3,8%, робітниці – 13,1±2,9%, студенти – 9,6±2,6%. В контрольній групі службовці склали 60,1±7,1%, домогосподарки – 15,2±6,4%, робітниці – 14,3±4,5%, студенти – 10,4±4,3%. Гінекологічний анамнез обстежених жінок представлений в таблиці 2.2. <...> Як свідчать дані, наведені в таблиці 2.2, в анамнезі у жінок основної групи вірогідно частіше спостерігались запалення придатків матки. Середній вік початку менструацій в основній групі склав 12,7±0,04 років, а в контрольній – 12,6±0,06 років (p>0,05). Ожиріння I ступеню спостерігалось у 69 (34,5%) жінок основної групи і у 24 (48,0%) – контрольної.																																																																																								
С. 39.	С. 39. Гінекологічний анамнез обстежених жінок представлений в таблиці 2.3. Таблиця 2.3 Гінекологічні захворювання у обстежених жінок (M±m)	С. 39. Гінекологічний анамнез обстежених жінок представлений в таблиці 2.2. Таблиця 2.2 Гінекологічні захворювання у обстежених жінок (M±m)																																																																																								
	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="3">Групи жінок</th> <th rowspan="3">Кількість</th> <th colspan="6">Нозологічні форми</th> </tr> <tr> <th colspan="2">Захворювання шийки матки</th> <th colspan="2">Запалення піхви</th> <th colspan="2">Запалення придатків матки</th> </tr> <tr> <th>абс.</th> <th>%</th> <th>абс.</th> <th>%</th> <th>абс.</th> <th>%</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Основна</td> <td>160</td> <td>38</td> <td>23,8±3,0</td> <td>31</td> <td>19,4±3,1</td> <td>47</td> <td>29,4±3,2</td> </tr> <tr> <td>Контрольна</td> <td>50</td> <td>9</td> <td>18,0±5,4</td> <td>7</td> <td>14,0±4,9</td> <td>12</td> <td>24,0±6,0</td> </tr> <tr> <td>p</td> <td></td> <td></td> <td>< 0,05</td> <td></td> <td>< 0,05</td> <td></td> <td>> 0,05</td> </tr> </tbody> </table> <p>Рядки в таблиці переставлені місцями. При різних абсолютних значеннях і процентах в основних групах присутні однакові відхилення (±). У контрольних групах – ідентичні дані. Плагіат. Фальсифікація дослідження.</p>	Групи жінок	Кількість	Нозологічні форми						Захворювання шийки матки		Запалення піхви		Запалення придатків матки		абс.	%	абс.	%	абс.	%	Основна	160	38	23,8±3,0	31	19,4±3,1	47	29,4±3,2	Контрольна	50	9	18,0±5,4	7	14,0±4,9	12	24,0±6,0	p			< 0,05		< 0,05		> 0,05	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="3">Групи жінок</th> <th rowspan="3">Кількість</th> <th colspan="6">Нозологічні форми</th> </tr> <tr> <th colspan="2">Захворювання шийки матки</th> <th colspan="2">Запалення піхви</th> <th colspan="2">Запалення придатків матки</th> </tr> <tr> <th>абс.</th> <th>%</th> <th>абс.</th> <th>%</th> <th>абс.</th> <th>%</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Контрольна</td> <td>50</td> <td>9</td> <td>18,0±5,4</td> <td>7</td> <td>14,0±4,9</td> <td>12</td> <td>24,0±6,0</td> </tr> <tr> <td>Основна</td> <td>200</td> <td>48</td> <td>24,0±3,0</td> <td>52</td> <td>26,0±3,1</td> <td>103</td> <td>51,5±3,2</td> </tr> <tr> <td>p</td> <td></td> <td></td> <td>< 0,05</td> <td></td> <td>< 0,05</td> <td></td> <td>< 0,05</td> </tr> </tbody> </table>	Групи жінок	Кількість	Нозологічні форми						Захворювання шийки матки		Запалення піхви		Запалення придатків матки		абс.	%	абс.	%	абс.	%	Контрольна	50	9	18,0±5,4	7	14,0±4,9	12	24,0±6,0	Основна	200	48	24,0±3,0	52	26,0±3,1	103	51,5±3,2	p			< 0,05		< 0,05		< 0,05
Групи жінок	Кількість			Нозологічні форми																																																																																						
				Захворювання шийки матки		Запалення піхви		Запалення придатків матки																																																																																		
		абс.	%	абс.	%	абс.	%																																																																																			
Основна	160	38	23,8±3,0	31	19,4±3,1	47	29,4±3,2																																																																																			
Контрольна	50	9	18,0±5,4	7	14,0±4,9	12	24,0±6,0																																																																																			
p			< 0,05		< 0,05		> 0,05																																																																																			
Групи жінок	Кількість	Нозологічні форми																																																																																								
		Захворювання шийки матки		Запалення піхви		Запалення придатків матки																																																																																				
		абс.	%	абс.	%	абс.	%																																																																																			
Контрольна	50	9	18,0±5,4	7	14,0±4,9	12	24,0±6,0																																																																																			
Основна	200	48	24,0±3,0	52	26,0±3,1	103	51,5±3,2																																																																																			
p			< 0,05		< 0,05		< 0,05																																																																																			
С. 40.	С. 39–40. Аналізуючи дані, наведені в таблиці 2.4, слід зазначити, що у жінок основної групи суттєво переважала кількість абортів в цілому, особливо одного абортів. Значно меншою (в 3,2 рази) була кількість	Аналізуючи дані, наведені в таблиці 2.3, слід зазначити, що у жінок основної групи суттєво переважала кількість абортів в цілому, особливо одного абортів. Значно меншою (в 3,2 рази) була кількість																																																																																								

пологів у жінок основної групи в порівнянні з контрольною ($p < 0,05$). Це зрозуміло, адже основну групу сформовано з жінок із безпліддям, у частини з яких воно було вторинним.	пологів у жінок основної групи в порівнянні з контрольною ($p < 0,05$). Це зрозуміло, адже основну групу сформовано з жінок із безплідністю, у частини з яких воно було вторинним.																																																																																								
С. 40.	С. 39–40.																																																																																								
<p>Дані акушерського анамнезу у обстежених жінок наведені в таблиці 2.4.</p> <p style="text-align: right;">Таблиця 2.4</p> <p>Акушерський анамнез у обстежених жінок (M±m)</p> <table border="1" data-bbox="280 483 868 757"> <thead> <tr> <th rowspan="3">Групи жінок</th> <th rowspan="3">Кількість</th> <th colspan="3">Аборти</th> <th colspan="3">Пологи</th> </tr> <tr> <th>один</th> <th>два</th> <th>більше двох</th> <th>одні</th> <th>двоє</th> <th>більше двох</th> </tr> <tr> <th>абс./ %</th> <th>абс./ %</th> <th>абс./ %</th> <th>абс./ %</th> <th>абс./ %</th> <th>абс./ %</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Основна</td> <td>160</td> <td>73 45,6±3,5</td> <td>33 20,6±3,1</td> <td>19 11,9±2,5</td> <td>22 13,7±2,0</td> <td>20 12,5±1,8</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>Контрольна</td> <td>50</td> <td>23 46,0±7,0</td> <td>16 32,0±6,6</td> <td>7 14,0±4,9</td> <td>42 84,0±5,2</td> <td>31 62,0±6,7</td> <td>6 12,0±4,6</td> </tr> <tr> <td>p</td> <td></td> <td>> 0,05</td> <td>> 0,05</td> <td>> 0,05</td> <td>< 0,05</td> <td>< 0,05</td> <td>-</td> </tr> </tbody> </table> <p>Рядки в таблиці переставлені місцями. При різних абсолютних значеннях і процентах в основних групах присутні однакові відхилення (±). У контрольних групах – ідентичні дані. Плагіат. Фальсифікація дослідження.</p>	Групи жінок	Кількість	Аборти			Пологи			один	два	більше двох	одні	двоє	більше двох	абс./ %	абс./ %	абс./ %	абс./ %	абс./ %	абс./ %	Основна	160	73 45,6±3,5	33 20,6±3,1	19 11,9±2,5	22 13,7±2,0	20 12,5±1,8	-	Контрольна	50	23 46,0±7,0	16 32,0±6,6	7 14,0±4,9	42 84,0±5,2	31 62,0±6,7	6 12,0±4,6	p		> 0,05	> 0,05	> 0,05	< 0,05	< 0,05	-	<p>Дані акушерського анамнезу у обстежених жінок наведені в таблиці 2.3.</p> <p style="text-align: center;"><...></p> <p style="text-align: right;">Таблиця 2.3</p> <p>Акушерський анамнез у обстежених жінок (M±m)</p> <table border="1" data-bbox="895 483 1485 757"> <thead> <tr> <th rowspan="3">Групи жінок</th> <th rowspan="3">Кількість</th> <th colspan="3">Аборти</th> <th colspan="3">Пологи</th> </tr> <tr> <th>один</th> <th>два</th> <th>більше двох</th> <th>одні</th> <th>двоє</th> <th>більше двох</th> </tr> <tr> <th>абс./ %</th> <th>абс./ %</th> <th>абс./ %</th> <th>абс./ %</th> <th>абс./ %</th> <th>абс./ %</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Контрольна</td> <td>50</td> <td>23 46,0±7,0</td> <td>16 32,0±6,6</td> <td>7 14,0±4,9</td> <td>42 84,0±5,2</td> <td>31 62,0±6,7</td> <td>6 12,0±4,6</td> </tr> <tr> <td>Основна</td> <td>200</td> <td>94 47,0±3,5</td> <td>52 26,0±3,1</td> <td>31 15,5±2,5</td> <td>18 9,0±2,0</td> <td>14 7,0±1,8</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>p</td> <td></td> <td>> 0,05</td> <td>> 0,05</td> <td>> 0,05</td> <td>< 0,05</td> <td>< 0,05</td> <td>-</td> </tr> </tbody> </table>	Групи жінок	Кількість	Аборти			Пологи			один	два	більше двох	одні	двоє	більше двох	абс./ %	абс./ %	абс./ %	абс./ %	абс./ %	абс./ %	Контрольна	50	23 46,0±7,0	16 32,0±6,6	7 14,0±4,9	42 84,0±5,2	31 62,0±6,7	6 12,0±4,6	Основна	200	94 47,0±3,5	52 26,0±3,1	31 15,5±2,5	18 9,0±2,0	14 7,0±1,8	-	p		> 0,05	> 0,05	> 0,05	< 0,05	< 0,05	-
Групи жінок			Кількість	Аборти			Пологи																																																																																		
				один	два	більше двох	одні	двоє	більше двох																																																																																
	абс./ %	абс./ %		абс./ %	абс./ %	абс./ %	абс./ %																																																																																		
Основна	160	73 45,6±3,5	33 20,6±3,1	19 11,9±2,5	22 13,7±2,0	20 12,5±1,8	-																																																																																		
Контрольна	50	23 46,0±7,0	16 32,0±6,6	7 14,0±4,9	42 84,0±5,2	31 62,0±6,7	6 12,0±4,6																																																																																		
p		> 0,05	> 0,05	> 0,05	< 0,05	< 0,05	-																																																																																		
Групи жінок	Кількість	Аборти			Пологи																																																																																				
		один	два	більше двох	одні	двоє	більше двох																																																																																		
		абс./ %	абс./ %	абс./ %	абс./ %	абс./ %	абс./ %																																																																																		
Контрольна	50	23 46,0±7,0	16 32,0±6,6	7 14,0±4,9	42 84,0±5,2	31 62,0±6,7	6 12,0±4,6																																																																																		
Основна	200	94 47,0±3,5	52 26,0±3,1	31 15,5±2,5	18 9,0±2,0	14 7,0±1,8	-																																																																																		
p		> 0,05	> 0,05	> 0,05	< 0,05	< 0,05	-																																																																																		
С. 40.	С. 40.																																																																																								
<p>Ознаки мастопатії були виявлені у 32 жінок (20,0%) основної групи і у 10 (20,0%) – контрольної, що не мало вірогідної різниці.</p> <p>Отже, аналізуючи вище наведені дані щодо клінічної характеристики обстежених жінок, слід зробити висновок, що пацієнтки основної групи не відрізнялись від жінок контрольної групи. Тому в подальшому ми обстежували жінок як основної, так і контрольної групи спеціальними лабораторними та інструментальними методами, враховуючи репрезентативність даних груп.</p>	<p>Ознаки мастопатії були виявлені у 39 жінок (19,5%) основної групи і у 10 (20,0%) – контрольної, що не мало вірогідної різниці.</p> <p>Отже, аналізуючи вище наведені дані щодо клінічної характеристики обстежених жінок, слід зробити висновок, що пацієнтки основної групи з безплідністю трубного походження в цілому не відрізнялись від жінок контрольної групи. Тому в подальшому ми обстежували жінок як основної, так і контрольної групи спеціальними лабораторними та інструментальними методами, враховуючи репрезентативність даних груп.</p>																																																																																								
С. 41.	С. 40–41.																																																																																								
<p>2.2. Методи дослідження</p> <p>У цій роботі ми використовували такі методи: загальноклінічні, бактеріологічні, імуноферментні, інструментальні, статистичні.</p> <p>Загальноклінічні методи.</p> <p>При обстеженні хворих нами ретельно вивчалися дані соціально-економічного статусу, соматичного, гінекологічного, акушерського, інфектологічного анамнезу.</p> <p>Усім жінкам проведено повне клініко-лабораторне обстеження. З метою виключення екстрагенітальної патології всі пацієнтки були проконсультовані терапевтом і ендокринологом. Оцінювали загальний стан внутрішніх органів. Особливу увагу звертали на попередні оперативні втручання.</p> <p>Під час вивчення акушерсько-гінекологічного анамнезу враховували вік менархе, особливості становлення менструальної функції, тривалість циклу й менструацій, регулярність циклу і його особливості, кількість менструальних циклів за останній рік, наявність больового синдрому й об'єм менструальної кровотечі, тривалість затримки, методи контрацепції, кількість і наслідок вагітностей, тривалість безплідності.</p> <p>Стан зовнішніх і внутрішніх статевих органів</p>	<p>2.2. Методи дослідження</p> <p>У цій роботі ми використовували такі методи: загальноклінічні, бактеріологічні, імуноферментні, інструментальні, статистичні.</p> <p>Загальноклінічні методи.</p> <p>При обстеженні хворих нами ретельно вивчалися дані соціально-економічного статусу, соматичного, гінекологічного, акушерського, інфектологічного анамнезу.</p> <p>Усім жінкам проведено повне клініко-лабораторне обстеження. З метою виключення екстрагенітальної патології всі пацієнтки були проконсультовані терапевтом і ендокринологом. Оцінювали загальний стан внутрішніх органів. Особливу увагу звертали на попередні оперативні втручання.</p> <p>Під час вивчення акушерсько-гінекологічного анамнезу враховували вік менархе, особливості становлення менструальної функції, тривалість циклу й менструацій, регулярність циклу і його особливості, кількість менструальних циклів за останній рік, наявність больового синдрому й об'єм менструальної кровотечі, тривалість затримки, методи контрацепції, кількість і наслідок вагітностей, тривалість безплідності.</p> <p>Стан зовнішніх і внутрішніх статевих органів</p>																																																																																								

	оцінювали при дослідженні шийки матки в дзеркалах і гінекологічному бімануальному дослідженні.
С. 41–42.	С. 41–42.
<p>Бактеріологічні методи.</p> <p>З метою діагностики бактеріального вагінозу проводили тест із 10 % розчином гідроокису калію, за допомогою індикаторної смужки вимірювали значення рН виділень, узятих із середньої третини стінки піхви.</p> <p>Проводили мікроскопічне й бактеріологічне дослідження виділень із піхви, цервікального каналу й уретри. При мікроскопії піхвових мазків, пофарбованих способом Грама, визначали наявність «ключових клітин», наявність або відсутність запальної реакції (кількість лейкоцитів, фагоцитоз, його завершеність). При бактеріологічному дослідженні визначали якісний і кількісний склад мікрофлори. Стан біоценозу піхви оцінювали за вмістом лактобактерій, наявністю патогенних і умовно патогенних мікроорганізмів з кількісним їх визначенням класичним мікробіологічним методом і ідентифікацією мікроорганізму до роду й виду. Дослідження проводили в бактеріологічній лабораторії із використанням стандартних наборів середовищ. Обстеження на уrogenітальні інфекції (хламідіоз, мікоплазмоз, трихомоніаз, уреapлазмоз, гонорея) проводили з використанням методу полімеразної ланцюгової реакції, в основі якого – ампліфікація (множення) ділянки генома шляхом багаторазового копіювання специфічної для певного організму нуклеотидної послідовності.</p>	<p>Бактеріологічні методи.</p> <p>З метою діагностики бактеріального вагінозу проводили тест із 10 % розчином гідроокису калію, за допомогою індикаторної смужки вимірювали значення рН виділень, узятих із середньої третини стінки піхви.</p> <p>Проводили мікроскопічне й бактеріологічне дослідження виділень із піхви, цервікального каналу й уретри. При мікроскопії піхвових мазків, пофарбованих способом Грама, визначали наявність «ключових клітин», наявність або відсутність запальної реакції (кількість лейкоцитів, фагоцитоз, його завершеність). При бактеріологічному дослідженні визначали якісний і кількісний склад мікрофлори. Стан біоценозу піхви оцінювали за вмістом лактобактерій, наявністю патогенних і умовно патогенних мікроорганізмів з кількісним їх визначенням класичним мікробіологічним методом і ідентифікацією мікроорганізму до роду й виду. Дослідження проводили в бактеріологічній лабораторії із використанням стандартних наборів середовищ. Обстеження на уrogenітальні інфекції (хламідіоз, мікоплазмоз, трихомоніаз, уреapлазмоз, гонорея) проводили з використанням методу полімеразної ланцюгової реакції, в основі якого – ампліфікація (множення) ділянки генома шляхом багаторазового копіювання специфічної для певного організму нуклеотидної послідовності.</p>
С. 42.	С. 43.
<p>Імуноферментні методи.</p> <p>З метою оцінки гормонального статусу проводили визначення в сироватці крові концентрації гормонів. Дослідження проводили імуноферментним методом з використанням стандартних наборів фірми ЗАТ «Хема-Медіка» (Росія). У всіх обстежених групах вивчали вміст у сироватці крові гормонів гіпофіза (фолікулостимулюючого – ФСГ, лютеїнізуючого – ЛГ, пролактину – ПРЛ) і стероїдних гормонів (естрадіолу – Е2, прогестерону – П). Забір крові робили на 2-5-й день менструального циклу до операції та через місяць після оперативного втручання. Вміст П оцінювали також на 21-й день менструального циклу з метою підтвердження ановуляції.</p>	<p>Імуноферментні методи.</p> <p>З метою оцінки гормонального статусу проводили визначення в сироватці крові концентрації гормонів. Дослідження проводили імуноферментним методом з використанням стандартних наборів фірми ЗАТ «Хема-Медіка» (Росія). У всіх обстежених групах вивчали вміст у сироватці крові гормонів гіпофіза (фолікулостимулюючого – ФСГ, лютеїнізуючого – ЛГ, пролактину – ПРЛ) і стероїдних гормонів (естрадіолу – Е2, прогестерону – П). Забір крові робили на 2-5-й день менструального циклу до операції та через місяць після оперативного втручання. Вміст П оцінювали також на 21-й день менструального циклу з метою підтвердження ановуляції.</p>
С. 42–43.	С. 43.
<p>Дослідження імунного профілю проводили на 5 – 7-й день менструального циклу до операції та через місяць після оперативного втручання. Вміст лейкоцитів і диференційований підрахунок лейкоцитарної формули здійснювали уніфікованим методом. Показники експресії мононуклеарами крові молекул Т-клітин (CD3+), Т-хелперів (CD4+), Т-супресорів (CD8+), натуральних кілерних клітин (CD16+), В-клітин (CD22+), активованих Т-лімфоцитів (CD25+) визначали за допомогою відповідних моноклональних антитіл фірми «Orto» у реакції прямої імунофлюоресценції відповідно до інструкцій фірм. Рівень циркулюючих імунних комплексів (ЦІК) і гемолітичну активність комплементу за 50 % гемолізу визначали методами Гриневича Ю.А., Алфьорова А.Н. (1981) [227].</p> <p>Чужий текст переписаний разом із готовим покликанням [227]. Покликання [227] – фальшиве, оскільки в «Спи-</p>	<p>Дослідження імунного профілю проводили на 5 – 7-й день менструального циклу до операції та через місяць після оперативного втручання. Вміст лейкоцитів і диференційований підрахунок лейкоцитарної формули здійснювали уніфікованим методом. Показники експресії мононуклеарами крові молекул Т-клітин (CD3+), Т-хелперів (CD4+), Т-супресорів (CD8+), натуральних кілерних клітин (CD16+), В-клітин (CD22+), активованих Т-лімфоцитів (CD25+) визначали за допомогою відповідних моноклональних антитіл фірми «Orto» у реакції прямої імунофлюоресценції відповідно до інструкцій фірм. Рівень циркулюючих імунних комплексів (ЦІК) і гемолітичну активність комплементу за 50 % гемолізу визначали методами Гриневича Ю.А., Алфьорова А.Н. (1981) [227].</p>

<p>ску використаної літератури» до дисертації Молідченка значиться лише 136 джерел. Плагіат.</p>	
<p>С. 43.</p>	<p>С. 43–44.</p>
<p>Вміст Ig A, Ig G, Ig M, Ig E у сироватках крові визначали за допомогою ферментних наборів фірми «Roshe» (Швейцарія). Оцінка фагоцитарної функції нейтрофілів крові здійснювалася за їхньою поглинальною здатністю часток латексу в стандартних наборах «Реафарм». При цьому визначалися такі показники: фагоцитарна активність – відсоток «активних» нейтрофілів (нейтрофіли, які поглинули латекс) із загальної кількості нейтрофілів (норма – 50-90 %), фагоцитарне число – середнє число фагоцитованих часток латексу на один активний нейтрофіл (2-9), резерв фагоцитарної активності, що визначає резервну можливість фагоцитозу при стимуляції змозаном відносно до вихідного рівня.</p>	<p>Вміст Ig A, Ig G, Ig M, Ig E у сироватках крові визначали за допомогою ферментних наборів фірми «Roshe» (Швейцарія). Оцінка фагоцитарної функції нейтрофілів крові здійснювалася за їхньою поглинальною здатністю часток латексу в стандартних наборах «Реафарм». При цьому визначалися такі показники: фагоцитарна активність – відсоток «активних» нейтрофілів (нейтрофіли, які поглинули латекс) із загальної кількості нейтрофілів (норма – 50-90 %), фагоцитарне число – середнє число фагоцитованих часток латексу на один активний нейтрофіл (2-9), резерв фагоцитарної активності, що визначає резервну можливість фагоцитозу при стимуляції змозаном відносно до вихідного рівня.</p>
<p>С. 43–44.</p>	<p>С. 44.</p>
<p>У всіх обстежених жінок визначали вміст проти-запального інтерлейкіну – 10 (ІЛ – 10), ключового медіатора імунозапального процесу - фактору некрозу пухлини (ФНП) (за стандартною методикою з використанням тест-систем ProCon (ООО "Протеиновый контур", Санкт-Петербург), чутливість не перевищує 5 пг/мл та 1пг/мл відповідно) та ангіогенного судинно-ендотеліального фактору росту (СЕФР) (за допомогою набору реактивів Cytimmune (США), чутливість 18,6 пг/мл).</p>	<p>У всіх обстежених жінок визначали вміст проти-запального інтерлейкіну – 10 (ІЛ – 10), ключового медіатора імунозапального процесу - фактору некрозу пухлини (ФНП) (за стандартною методикою з використанням тест-систем ProCon (ООО "Протеиновый контур", Санкт-Петербург), чутливість не перевищує 5 пг/мл та 1пг/мл відповідно) та ангіогенного судинно-ендотеліального фактору росту (СЕФР) (за допомогою набору реактивів Cytimmune (США), чутливість 18,6 пг/мл).</p>
<p>С. 44.</p>	<p>С. 44.</p>
<p>Інструментальні методи. Для проведення ультразвукового дослідження органів малого таза застосовували апарат «HAWK 2102 EXL» (Німеччина) з використанням трансабдомінального й трансвагінального конвексних датчиків із частотою 3,5 і 5 МГц відповідно. Дослідження проводилось лежачи на спині на 5- 7-й дні менструального циклу й динамічно впродовж циклу для оцінки наявності овуляції. Для проведення МСГ застосовували рентгенологічний апарат фірми «Siemens» (Німеччина) з електронно-оптичним перетворювачем. Водорозчинним рентгенконтрастний 76 % розчин урографіну. За даними МСГ визначали ступінь ураження дистальних відділів маткових труб, застосовуючи класифікацію J. Donnez [228]. Чужий текст переписаний разом із готовим покликанням [228]. Покликання [228] – фальшиве, оскільки в «Списку використаної літератури» до дисертації Молідченка значиться лише 136 джерел. Плагіат.</p>	<p>Інструментальні методи. Для проведення ультразвукового дослідження органів малого таза застосовували апарат «Toshiba» (Японія) з використанням трансабдомінального й трансвагінального конвексних датчиків із частотою 3,5 і 5 МГц відповідно. Дослідження проводилось лежачи на спині на 5- 7-й дні менструального циклу й динамічно впродовж циклу для оцінки наявності овуляції. Для проведення МСГ застосовували рентгенологічний апарат фірми «Siemens» (Німеччина) з електронно-оптичним перетворювачем. Водорозчинним рентгенконтрастний 76 % розчин урографіну. За даними МСГ визначали ступінь ураження дистальних відділів маткових труб, застосовуючи класифікацію J. Donnez [228].</p>
<p>С. 44–45.</p>	<p>С. 45.</p>
<p>Під час ендоскопічної візуалізації оцінювався стан, розміри, форма матки, яєчників і маткових труб, наявність злукового процесу. Для оцінки ендоскопічної картини злукового процесу використовувалася класифікація J.F.Hulka див. табл. 2.5 [132]. Хромосальпінгоскопія проводилася розчином метиленового синього при тугому наповненні маткових труб, що дозволяло оцінити їхню прохідність і</p>	<p>Лапароскопічні операції виконували після закінчення менструації за допомогою відеоендоскопічного обладнання фірми «Karl Storz» (Німеччина). Під час ендоскопічної візуалізації оцінювався стан, розміри, форма матки, яєчників і маткових труб, наявність злукового процесу. Для оцінки ендоскопічної картини злукового процесу використовувалася класифікація J.F.Hulka [132]. Хромосальпінгоскопія проводилася розчином метиленового синього при тугому наповненні маткових труб, що дозво-</p>

<p>рівень обструкції. <...> Лапароскопічні операції виконували після закінчення менструації за допомогою відеоендоскопічного обладнання фірми «Karl Storz» (Німеччина).</p>	<p>ляло оцінити їхню прохідність і рівень обструкції.</p>
<p>С. 46–47.</p>	<p>С. 45–46.</p>
<p>Сальпінгооваріолізис виконували у вигляді самостійної операції або як підготовчий етап для операції на матковій трубі. Особливу увагу приділяли плоским периваріальним злукам, які порушують вихід яйцеклітини із проовульованого фолікула. Злуки роз'єднували тупим і гострим шляхами із застосуванням за необхідності біполярної електрокоагуляції в режимі коагуляції й різання. Пельвіолізис, операцію розсічення перитонеальних злук, виконували аналогічно до сальпінгооваріолізісу. За наявності сактосальпінксів відновлення прохідності маткових труб здійснювали шляхом проведення сальпінгостомії. Для цього проводили коагуляцію стінки труби в ділянці зірчастого рубця уздовж радіальних лінійних рубців, підтримуючи туге наповнення маткової труби розчином метиленової сині. Потім поступово обережно розсікали коагульовані ділянки ножицями. Після максимального можливого розсікання рубців у місці зрощення фімбрій до отвору маткової труби вводили диссектор із зімкнутими браншами, розводили бранші на ширину 2-3 см і в цьому положенні виводили їх із отвору труби. Процедуру повторювали 2-3 рази, змінюючи положення розведених бранш. На відстані 0,5-0,7 см від вінця відновленого черевного отвору труби робили точкову коагуляцію очеревинного покриву труби за методом Брюа. При цьому вінці стоми вверталися назовні та фіксували вікрілом, що запобігало їхньому склеюванню в післяопераційний період. Після відновлення прохідності маткових труб проводили контрольну хромосальпінгоскопію.</p>	<p>Сальпінгооваріолізис виконували у вигляді самостійної операції або як підготовчий етап для операції на матковій трубі. Особливу увагу приділяли плоским периваріальним злукам, які порушують вихід яйцеклітини із проовульованого фолікула. Злуки роз'єднували тупим і гострим шляхами із застосуванням за необхідності біполярної електрокоагуляції в режимі коагуляції й різання. Пельвіолізис, операцію розсічення перитонеальних злук, виконували аналогічно до сальпінгооваріолізісу. За наявності сактосальпінксів відновлення прохідності маткових труб здійснювали шляхом проведення сальпінгостомії. Для цього проводили коагуляцію стінки труби в ділянці зірчастого рубця уздовж радіальних лінійних рубців, підтримуючи туге наповнення маткової труби розчином метиленового синього. Потім поступово обережно розсікали коагульовані ділянки ножицями. Після максимального можливого розсікання рубців у місці зрощення фімбрій до отвору маткової труби вводили диссектор із зімкнутими браншами, розводили бранші на ширину 2-3 см і в цьому положенні виводили їх із отвору труби. Процедуру повторювали 2-3 рази, змінюючи положення розведених бранш. На відстані 0,5-0,7 см від вінця відновленого черевного отвору труби робили точкову коагуляцію очеревинного покриву труби за методом Брюа. При цьому вінці стоми вверталися назовні та фіксували вікрілом, що запобігало їхньому склеюванню в післяопераційний період. Після відновлення прохідності маткових труб проводили контрольну хромосальпінгоскопію.</p>
<p>С. 50–51.</p>	<p>С. 55.</p>
<p>Менархе у жінок основної групи встановилось, в середньому, у 12,1±0,8 років, що відповідає віковій нормі регіону і достовірно не відрізнялось від часу появи менархе у жінок контрольної групи. Регулярний ритм менструацій у жінок основної групи встановився, в середньому, через 6,2±0,5 місяців (p<0,05 порівняно з основною групою). До ймовірного початку захворювання регулярний менструальний цикл мав місце у всіх хворих основної групи. Молодиченко досліджував 160 жінок основної групи, Параццишена – 200 жінок, але дані по менархе та встановленню рівня менструацій в них виявилися однаковими. Плагіат. Фальсифікація дослідження.</p>	<p>Менархе у жінок основної групи встановилось, в середньому, у 12,1±0,8 років, що відповідає віковій нормі регіону і достовірно не відрізнялось від часу появи менархе у жінок контрольної групи. Регулярний ритм менструацій у жінок основної групи встановився, в середньому, через 6,2±0,5 місяців (p<0,05 порівняно з основною групою). До ймовірного початку захворювання регулярний менструальний цикл мав місце у всіх хворих основної групи.</p>
<p>С. 51.</p>	<p>С. 55.</p>
<p>Дослідження характеру менструацій (виразність більшого синдрому, характер менструальної кровотечі) показало, що у жінок болючі місячні траплялися вірогідно частіше порівняно з контрольною групою (p<0,05). За ступенем виразності менструальної крововтрати статистично значимих розбіжностей у всіх обстежуваних групах не виявлено (p>0,05).</p>	<p>Дослідження характеру менструацій (виразність більшого синдрому, характер менструальної кровотечі) показало, що у жінок із безплідністю трубного походження хворобливі місячні траплялися вірогідно частіше порівняно з контрольною групою (p<0,05). За ступенем виразності менструальної крововтрати статистично значимих розбіжностей у всіх обстежуваних групах не виявлено (p>0,05).</p>
<p>С. 53.</p>	<p>С. 60 .</p>

<p>Діагностовано високу частоту запальних захворювань в обстежених групах: всі жінки страждали на хронічний сальпінгоофорит впродовж 4-8 років, а кількість рецидивів становила 2,03 випадки на рік (табл. 3.3).</p>	<p>Діагностовано високу частоту запальних захворювань в обстежених групах: всі жінки страждали на хронічний сальпінгоофорит впродовж 4-8 років, а кількість рецидивів становила 2,03 випадки на рік.</p>
<p>С. 54.</p>	<p>С. 61.</p>
<p>Отримані дані свідчать про те, що в кожній другій пацієнтки виділили Chlamydia trachomatis; а в кожній третій – Ureaplasma urealyticum, - у кожній четвертій жінки Candida albicans, рідше виявляли Trichomonas vaginalis.</p>	<p>Отримані дані свідчать про те, що в кожній другій пацієнтки виділили Chlamydia trachomatis, при чому частота її була вірогідно вищою в підгрупах Б, ніж у підгрупах А; а в кожній третій – Ureaplasma urealyticum (в порівнянні з контрольною групою, $p < 0,05$). У кожній четвертій жінки основної групи й групи порівняння виявили Candida albicans. Рідше виявляли Trichomonas vaginalis.</p>
<p>С. 112.</p>	<p>С. 110.</p>
<p>У жінок, що страждають безпліддям трубно-перитонеального походження частіше, ніж у здорових жінок відзначався ранній статевий дебют ($15,43 \pm 2,31$ років, $p < 0,05$), і наявність двох та більше статевих партнерів у 138 (92,0 %) обстежених, ($p < 0,05$).</p> <p>Молодіченко досліджував 160 жінок основної групи, Параццишена – 200 жінок, але дані по ранньому статевому дебюту ($15,43 \pm 2,31$ років) та наявності двох та більше статевих партнерів (92,0 %) у них виявилися однаковими.</p> <p>Плагіат. Фальсифікація дослідження.</p>	<p>У жінок, що страждають на трубно-перитонеальне безпліддя вірогідно частіше, ніж у здорових жінок відзначався ранній статевий дебют ($15,43 \pm 2,31$ років, $p < 0,05$), і наявність двох та більше статевих партнерів (92,0 %), ($p < 0,05$).</p>
<p>С. 112.</p>	<p>С. 56–57.</p>
<p>Під час дослідження репродуктивної функції у жінок із безпліддям трубного походження діагностовано первинне безпліддя у 73 (48,66 %), вторинне – у 77 (51,34 %) обстежених жінок. Отримані дані вірогідно не різнилися ($p > 0,05$).</p> <p>Молодіченко досліджував 160 жінок основної групи, Параццишена – 200 жінок, але дані по первинному безпліддю – 73 (48,66 %) – та по вторинному – 77 (51,34 %) – у них виявилися однаковими.</p> <p>Плагіат. Фальсифікація дослідження.</p>	<p>Під час дослідження репродуктивної функції у жінок із безплідністю трубного походження діагностовано первинну безплідність у 73 (48,66%), вторинну 77 (51,34%) обстежених жінок. Отримані дані вірогідно не різнилися ($p > 0,05$).</p>
<p>С. 112.</p>	<p>С. 62.</p>
<p>Висока частота виявлених запальних захворювань органів малого таза, перенесених урогенітальних інфекцій 89 (59,3 %), бактеріального вагінозу 82 (54,7 %) і обтяженого акушерського анамнезу вказують на роль цих факторів у формуванні безплідності трубного походження. Велика частота хламідійної інфекції 75 (50,0 %) відображає роль цього мікробного агента у формуванні злук.</p> <p>Молодіченко досліджував 160 жінок основної групи, Параццишена – 200 жінок, але дані (59,3 %, 54,7 %, 50,0 %) у них виявилися однаковими.</p> <p>Плагіат. Фальсифікація дослідження.</p>	<p>Висока частота виявлених запальних захворювань органів малого таза, перенесених урогенітальних інфекцій (59,3 %), бактеріального вагінозу (54,7 %) і обтяженого акушерського анамнезу вказують на роль цих факторів у формуванні безплідності трубного походження. Найбільша частота хламідійної інфекції 50,0% у жінок з вираженими спайковими змінами в малому тазі, можливо, відображає роль цього мікробного агента у формуванні злук.</p>
<p>С. 113.</p>	<p>С. 109.</p>
<p>Бактеріальний вагіноз спостерігався у 39 (55,71 %) жінок I групи й у 43 (45,0 %) жінок II групи.</p>	<p>Бактеріальний вагіноз спостерігався у 39 (55,71 %) жінок основної групи й у 43 (45,0 %) жінок групи порівняння.</p>

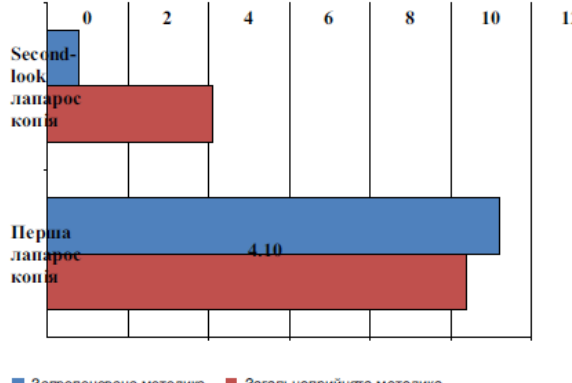
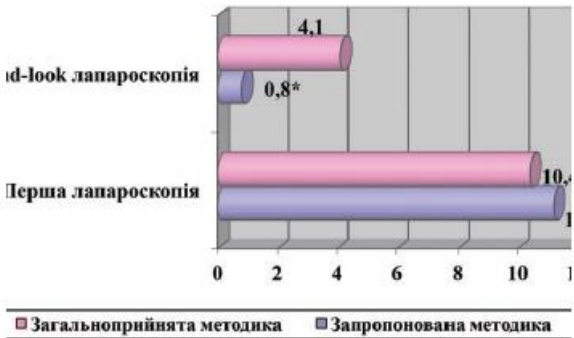
<p>Молодіченко досліджував 160 жінок основної групи, Паращишена – 200 жінок, але дані у них виявилися однаковими. Плагіат. Фальсифікація дослідження.</p>	
<p>С. 118.</p>	<p>С. 73.</p>
<p>Кореляційний аналіз виявив вірогідний зв'язок між рівнем ІЛ-10 і ступенем спайкового процесу в малому тазі. Виявлено статистично значимий зв'язок між показниками про- та протизапальних цитокінів та клітинного імунітету у жінок із безплідністю трубного походження, а також такими показниками імунного обміну, як ІgА, ІgМ і ІgG та ЦІК, що свідчить про полігранність патогенетичних механізмів формування спайок і має значення в прогнозуванні ступеня спайкового процесу геніталій.</p>	<p>Кореляційний аналіз виявив вірогідний зв'язок між рівнем ІЛ – 10 і ступенем спайкового процесу в малому тазі. Виявлений статистично значимий зв'язок між показниками про- та протизапальних цитокінів та клітинного імунітету у жінок із безплідністю трубного походження, а також такими показниками імунного обміну, як ІgА, ІgМ і ІgG та ЦІК, що свідчить про полігранність патогенетичних механізмів формування спайок і має значення в прогнозуванні ступеня спайкового процесу геніталій.</p>
<p>С. 118.</p>	<p>С. 73.</p>
<p>Знижений рівень протизапального цитокіну ІЛ-10 у обстежених жінок корелював з підвищенням ІgМ і ЦІК (відповідно $r=0,47$, $r=0,53$, $p<0,05$). Також був виявлений негативний кореляційний взаємозв'язок між ІgМ і Іg G ($r= -0,34$, $p<0,05$), ІgМ і ІgА ($r= -0,49$, $p<0,05$), вмістом CD3+лімфоцитів і ІgМ ($r= -0,48$, $p<0,05$). Кількість CD3+лімфоцитів негативно корелювала з рівнем ЦІК ($r= -0,38$, $p<0,05$).</p>	<p>Під час кореляційного аналізу виявили, що знижений рівень протизапального цитокіну ІЛ – 10 у обстежених жінок корелював з підвищенням ІgМ і ЦІК (відповідно $r=0,47$, $r=0,53$, $p<0,05$). Також був виявлений негативний кореляційний взаємозв'язок між ІgМ і ІgG($r= -0,34$, $p<0,05$), ІgМ і ІgА ($r= -0,49$, $p<0,05$), вмістом CD3+лімфоцитів і ІgМ ($r= -0,48$, $p<0,05$).Кількість CD3+лімфоцитів негативно корелювала з рівнем ЦІК ($r= -0,38$, $p<0,05$).</p>
<p>С. 118.</p>	<p>С. 74.</p>
<p>Важливим фактором, що провокує утворення спайок, є механічна чи термічна травма тканин під час операції після чого починається формування фібринозних зрощень для локалізації осередку запалення. Ступінь спайкового процесу, що виникає, зумовлений рівнем про- та протизапальних цитокінів. Порушення механізмів імунологічної реактивності веде до хронізації запального процесу. Внаслідок цих змін розвивається дисфункція яєчників, що веде до зниження рівня репродуктивних гормонів.</p>	<p>Важливим фактором, що провокує утворення спайок, є механічна чи термічна травма тканин під час операції після чого починається формування фібринозних зрощень для локалізації осередку запалення. Ступінь спайкового процесу, що виникає, зумовлений рівнем про- та протизапальних цитокінів. Порушення механізмів імунологічної реактивності веде до хронізації запального процесу. Внаслідок цих змін розвивається дисфункція яєчників, що веде до зниження рівня репродуктивних гормонів.</p>
<p>С. 120.</p>	<p>С. 89.</p>
<p>Маткова труба кровопостачається трубними гілками маткової та яєчничкової артеріями, які анастомозують між собою. Традиційно операція тубектомія полягає у видаленні трубної гілки маткової артерії з трубою. Нами рекомендовано: після розсічення серозної оболонки маткової труби видалити м'язевий шар та слизову оболонку, відділити гілку маткової артерії та прокоагулювати капілярну кровотечу, таким чином залишити додаткову гілку маткової артерії для настання овуляції в яєчнику в наступний МЦ.</p> <p>Чужий текст переписаний разом з орфографічною помилкою: «м'язевий». Плагіат.</p>	<p>Маткова труба кровопостачається трубними гілками маткової та яєчничкової артеріями, які анастомозують між собою. Традиційно операція тубектомія полягає у видаленні трубної гілки маткової артерії з трубою (рис. 6.2а). Нами запропоновано: після розсічення серозної оболонки маткової труби видалити м'язевий шар та слизову оболонку, відділили гілку маткової артерії та прокоагулювати капілярну кровотечу, таким чином залишити додаткову гілку маткової артерії (рис.6.2b) для настання овуляції в яєчнику в наступний МЦ.</p>
<p>С. 121.</p>	<p>С. 130–131.</p>
<p><...> Тобто, підвищення рівня ФНП та СЕФР може свідчити про прогресування і розповсюдження СП, високий рівень ІЛ-10 при зниженні рівня ФНП та СЕФР про регрес СП.</p> <p>Критеріями ефективності проведеного профілактичного лікування були: клінічна стабілізація післяопераційного періоду (зменшення болю, ефективне покращення перистальтики кишечника).</p>	<p><...> Тобто, підвищення рівня ФНП та СЕФР може свідчити про прогресування і розповсюдження СП, високий рівень ІЛ – 10 при нижчих рівня ФНП та СЕФР про регрес СП.</p> <p>Критеріями ефективності проведеного профілактичного лікування були: клінічна стабілізація післяопераційного періоду (зменшення болю, ефективне покращення перистальтики кишечника).</p>

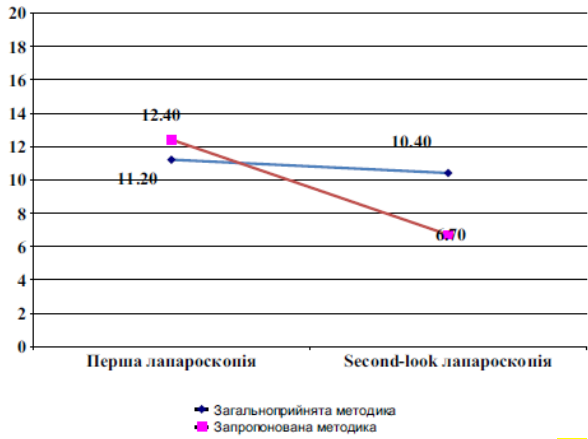
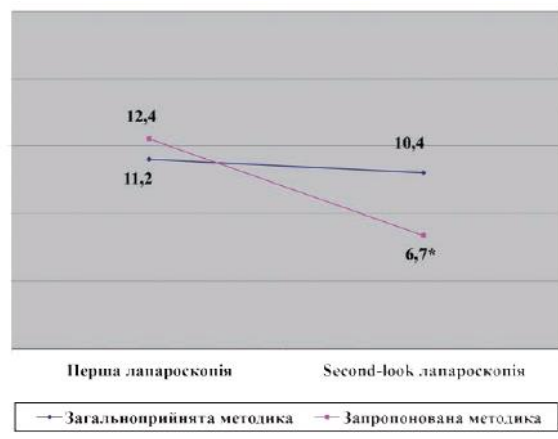
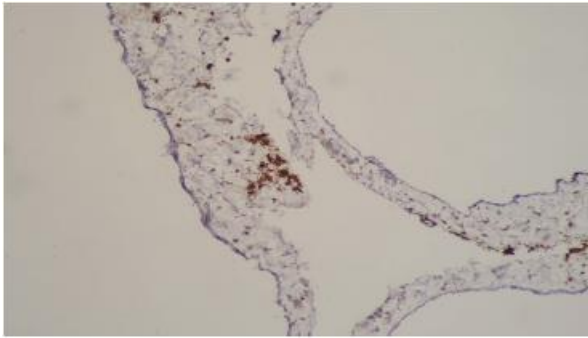
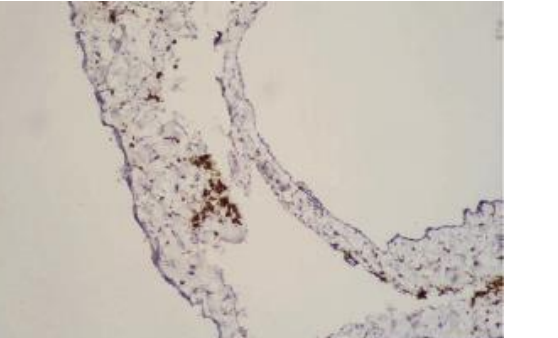
<p>У процесі лікування ми оцінювали динаміку наступних суб'єктивних та об'єктивних клінічних симптомів: ниючий біль внизу живота, біль в епігастральній ділянці, наявність болю в біляпупковій ділянці, постпрадіальний біль та дискомфорт в епігастрії; перистальтичні шуми та початок відходження газів.</p> <p>Перераховані вище дослідження проводилися нами за єдиною схемою: на 2, 7 та 21 доби після початку лікування. Використання запропонованої схеми сприяло значному зменшенню вище зазначених клінічних симптомів, починаючи з 2-ої доби від початку лікування.</p>	<p>У процесі лікування ми оцінювали динаміку наступних суб'єктивних та об'єктивних клінічних симптомів: ниючий біль внизу живота, біль в епігастральній ділянці, наявність болю в біляпупковій ділянці, постпрадіальний біль та дискомфорт в епігастрії; перистальтичні шуми та початок відходження газів.</p> <p>Перераховані вище дослідження проводилися нами за єдиною схемою: на 2, 7 та 21 доби після початку лікування. Використання запропонованої схеми сприяло значному зменшенню вище зазначених клінічних симптомів, починаючи з 2-ої доби від початку лікування.</p>
<p>С. 121–122.</p>	<p>С. 131.</p>
<p>При поєднаній терапії вже з 2 доби спостерігалась відносно позитивна динаміка зниження больового симптому, порівняно з групою порівняння, які не отримували специфічного лікування. Особливо хотілося б відзначити, що найбільший за поширеністю больовий симптом, в обох досліджуваних групах, був – біль внизу живота та фланковий біль, які діагностували на 2 добу лікування, відповідно в I та II групах 22 (31,4 %) та 54 (67,5 %). Жінки основної групи також скаржились на біль в епігастральній ділянці – 10 (14,73 %), дискомфорт в епігастрії – 16 (22,8 %). Проте у групі порівняння відносна кількість жінок із скаргами була набагато вище. Так, на біль в епігастральній ділянці скаржились 26 (32,5 %) опитуваних, дискомфорт в епігастрії спостерігався в 59 (73,7 %), крім того 27 (33,7 %) жінок скаржились на біль в біляпупковій ділянці, однак жодна з жінок I групи таких скарг не пред'являла.</p> <p>Молодіченко досліджував 160 жінок основної групи, Паращишена – 200 жінок, але дані у них виявилися однаковими. Плагіат. Фальсифікація дослідження.</p>	<p>При поєднаній терапії вже з 2 доби спостерігалась відносно позитивна динаміка зниження больового симптому, порівняно з групою порівняння, які не отримували специфічного лікування. Особливо хотілося б відзначити, що найбільший за поширеністю больовий симптом, в обох досліджуваних групах, був – біль внизу живота та фланковий біль, які діагностували на 2 добу лікування, відповідно в основній та порівняння групах 22 (31,4 %) та 54 (67,5 %). Жінки основної групи також скаржились на біль в епігастральній ділянці – 10 (14,73 %), дискомфорт в епігастрії – 16 (22,8 %). Проте у групі порівняння відносна кількість жінок із скаргами була набагато вище. Так, на біль в епігастральній ділянці скаржились 26 (32,5 %) опитуваних, дискомфорт в епігастрії спостерігався в 59 (73,7 %), крім того 27 (33,7 %) жінок скаржились на біль в біляпупковій ділянці, однак жодна з жінок основної групи таких скарг не пред'являла.</p>
<p>С. 122.</p>	<p>С. 131–132.</p>
<p>На 7 добу від початку лікування жінки, які отримували запропоновану терапію, скаржились на болі внизу живота 5 (7,1 %). У жінок II групи найбільш суттєві скарги були на дискомфорт в епігастрії 28 (35,0 %), болі внизу живота 17 (21,2 %).</p> <p>На 21 добу дослідження жінки, які склали основну групу скарг на болі не було взагалі. У жінок II порівняння, які не отримували запропонованої терапії, відмічались скарги на болі внизу живота 7 (8,7 %) та дискомфорт в епігастрії 19 (23,7 %) відповідно, а також на фланковий біль в 9 (11,20 %) обстежених жінок.</p> <p>Молодіченко досліджував 160 жінок основної групи, Паращишена – 200 жінок, але дані у них виявилися однаковими. Доказом плагіату є заміна слів «жінок групи порівняння» з дисертації Паращишеної на «жінок II порівняння», що призвело до утворення безглузлого вислову. Плагіат. Фальсифікація дослідження.</p>	<p>На 7 добу від початку лікування жінки, які отримували запропоновану терапію, скаржились на болі внизу живота 5 (7,1 %). У жінок групи порівняння найбільш суттєві скарги були на дискомфорт в епігастрії 28 (35,0 %), болі внизу живота 17 (21,2 %).</p> <p>На 21 добу дослідження жінки, які склали основну групу скарг на болі не було взагалі. У жінок групи порівняння, які не отримували запропонованої терапії, відмічались скарги на болі внизу живота 7 (8,7 %) та дискомфорт в епігастрії 19 (23,7 %) відповідно, а також на фланковий біль в 9 (11,20 %) обстежених жінок.</p>
<p>С. 123.</p>	<p>С. 132–133.</p>
<p>Запропонований комплекс лікувальних профілактично-реабілітаційних заходів сприяв швидкому відновленню функції яєчників, рівня гормонів, захисних функцій імунної системи за рахунок збіль-</p>	<p>Запропонований комплекс лікувальних профілактично-реабілітаційних заходів сприяв швидкому відновленню функції яєчників, рівня естрадіолу та прогестерону, захисних функцій імунної системи за</p>

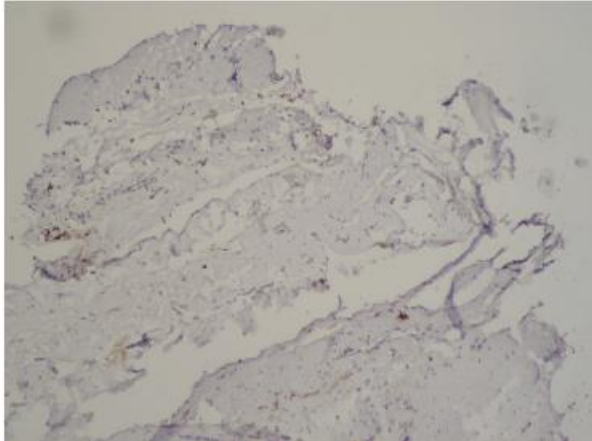
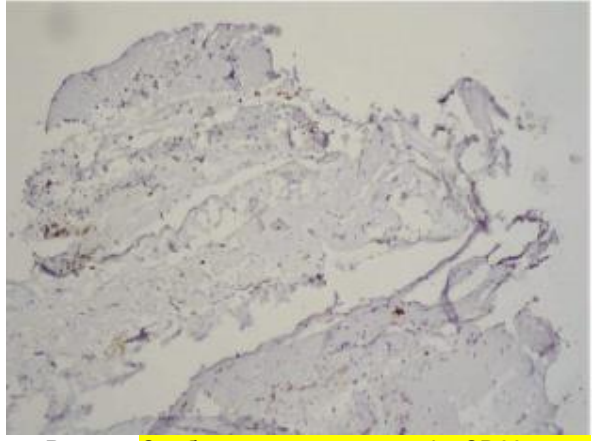
<p>шення захоплюючої здатності фагоцитуючих клітин, підвищенню бактерицидної активності та активності системи комплементу. Зміною маркерів спайкоутворення збільшенням рівня ІЛ-10 при знижених рівнях ФНП та СЕФР вказувало на регрес спайкоутворення. Швидке відновлення овуляторної функції яєчників сприяло підвищенню частоти настання вагітності в природному циклі. Запропонований профілактично-реабілітаційний лікувальний комплекс підвищував ефективність наступних циклів індукції овуляції та знижував вартість лікування в програмах допоміжних репродуктивних технологій.</p>	<p>рахунок збільшення захоплюючої здатності фагоцитуючих клітин, підвищенню бактерицидної активності та активності системи комплементу. Зміною маркерів спайкоутворення збільшенням рівня ІЛ-10 при знижених рівнях ФНП та СЕФР вказувало на регрес спайкоутворення. Швидке відновлення овуляторної функції яєчників сприяло підвищенню частоти настання вагітності в природному циклі. Запропонований профілактично-реабілітаційний лікувальний комплекс підвищував ефективність наступних циклів індукції овуляції та знижував вартість лікування в програмах допоміжних репродуктивних технологій.</p>
<p>С. 124.</p>	<p>С. 134.</p>
<p style="text-align: center;">ВИСНОВКИ</p> <p style="text-align: center;"><...></p> <p>2. Безпліддя трубно-перитонеального походження становить 31,5 % випадків в структурі виявленого безпліддя. Причинами, які частіше ведуть до безпліддя трубно-перитонеального походження являється ранній статевий дебют (15,1±2,1 років), наявність двох та більше статевих партнерів (73,7 %), перенесені уrogenітальні інфекції (61,3 %), бактеріальний вагіноз (52,5 %). У обстежених жінок частіше, ніж у контролі, спостерігаються оперативні втручання на органах малого тазу (60,0 %), проти 28,0 % випадків. Всі перелічені фактори сприяють розвитку запальних захворювань органів малого тазу, ведуть до процесів спайкоутворення та сприяють розвитку безплідності трубно-перитонеального походження.</p> <p>Висновок переписаний з дисертації Парацисше-ної з незначною заміною чисел. Наукової цінності цей висновок не має. Плагіат.</p>	<p style="text-align: center;">ВИСНОВКИ</p> <p style="text-align: center;"><...></p> <p>1. Безплідність трубно-перитонеального походження становить 36,7 % випадків в структурі виявленої безплідності за матеріалами Буковинського центру репродуктивної медицини. Причинами, які частіше ведуть до безплідності трубно-перитонеального походження являється ранній статевий дебют (15,43±2,31 років), наявність двох та більше статевих партнерів (92,0 %), перенесені уrogenітальні інфекції (59,33 %), бактеріальний вагіноз (54,66 %). У обстежених жінок частіше, ніж у контролі, спостерігаються оперативні втручання на органах малого тазу (55,33 %), проти 30,0 % випадків. Всі перелічені фактори сприяють розвитку запальних захворювань органів малого тазу, ведуть до процесів спайкоутворення та сприяють розвитку безплідності трубно-перитонеального походження.</p>
<p>С. 124–125.</p>	<p>С. 134–135.</p>
<p style="text-align: center;">(ВИСНОВКИ)</p> <p>3. Під час хірургічної реконструктивно-пластичної лапароскопії у жінок з безплідністю трубно-перитонеального походження адгезіолізис проведено у 74,4 % випадків, сальпінгооваріолізис – у 86,3 %, фімбріопластика – у 56,9 %, сальпінгонеостомія – у 31,9 %, сальпінгоектомія – у 26,3 % випадків. Отримано зниження ІЛ-10 до 3,1±0,6 пг/мл в I групі та у II групі – 3,2±0,4 пг/мл (проти 6,9±1,1 пг/мл в контролі), підвищення ФНП в 2,2 рази відносно контрольної групи, (p<0,05), які характеризують імунopatологічні процеси спайкоутворення.</p> <p>Висновок переписаний з дисертації Парацисше-ної з незначною заміною чисел. Наукової цінності цей висновок не має. Плагіат.</p>	<p style="text-align: center;">(ВИСНОВКИ)</p> <p>3. Під час хірургічної реконструктивно-пластичної лапароскопії у жінок з безплідністю трубно-перитонеального походження адгезіолізис проведено у 72,5 % випадків, сальпінгооваріолізис – у 82,5 %, фімбріопластика – у 58,2 %, сальпінгонеостомія – у 33,5 %, сальпінгоектомія – у 24,0 % випадків. Зниження ІЛ-10 до 3,1±0,6 пг/мл в основній групі та у групі порівняння – 3,2±0,4 пг/мл (проти 6,9±1,1 пг/мл в контролі), підвищення ФНП в 2,2 рази відносно контрольної групи, (p<0,05), характеризують імунopatологічні процеси спайкоутворення і дані показники можуть бути можливими маркерами спайкового процесу.</p>
<p>С. 125.</p>	<p>С. 135.</p>
<p style="text-align: center;">(ВИСНОВКИ)</p> <p>5. Диференційований підхід до лапароскопічних втручань при II–III ступені оклюзії маткових труб та II ступені спайкового процесу рекомендовано застосовувати лапароскопічні операції в об'ємі адгезіолізу, сальпінгооваріолізу, фімбріопластики та сальпінгонеостомії в поєднанні з запропонованим профілактичним інтра- та післяопераційним лікувальним комплексом. Для ефективного відновлення репродуктивної функції в разі трубно-перитонеального IV ступеня об'єму хірургічного втручання рекомендовано обмежити лапароскопічною</p>	<p style="text-align: center;">(ВИСНОВКИ)</p> <p>4. Диференційований підхід до лапароскопічних втручань з приводу безплідності трубно-перитонеального походження з метою швидкого відновлення репродуктивної функції включає оцінку ступеня прохідності маткових труб та стадії спайкового процесу органів малого тазу. При II–III ступені оклюзії маткових труб та II ступені спайкового процесу рекомендовано застосовувати лапароскопічні операції в об'ємі адгезіолізу, сальпінгооваріолізу, фімбріопластики та сальпінгонеостомії в поєднанні з запропонованим інтра- та післяопераційним лікувальним комплексом.</p>

	<p>тубектомією зі збереженням кровообігу в трубній артерії та наступним застосуванням допоміжних репродуктивних технологій з другого місяця після операції.</p>	<p>реабілітаційним комплексом.</p> <p>5. Для ефективного відновлення репродуктивної функції в разі трубної оклюзії IV ступеня об'єм хірургічного втручання рекомендовано обмежити лапароскопічною тубектомією зі збереженням кровообігу в трубній артерії та наступним застосуванням допоміжних репродуктивних технологій з другого місяця після операції.</p>
	<p>С. 126.</p> <p>(ВИСНОВКИ)</p> <p>6. Критерієм ефективності проведеного лікування є зменшення вдвічі скарг в післяопераційному періоді після проведення реконструктивно-пластичних лапароскопічних операцій та настання вагітності у жінок із безпліддям трубно-перитонеального походження. У жінок I групи в 1,8 рази частіше настає вагітність в природному циклі та в 1,6 рази – в індукованому природному циклі, ніж у жінок II групи. У жінок I групи після застосування програм допоміжних репродуктивних технологій в 1,5 рази частіше діагностовано вагітність.</p>	<p>С. 135.</p> <p>(ВИСНОВКИ)</p> <p>6. Критерієм ефективності проведеного лікування є зменшення вдвічі скарг в післяопераційному періоді після проведення реконструктивно-пластичних лапароскопічних операцій та настання вагітності у жінок із безпліддістю трубного походження. У жінок основної групи в 1,8 рази частіше настає вагітність в природному циклі та в 1,4 рази – в індукованому природному циклі, ніж у жінок групи порівняння.</p>
	<p>С. 127.</p> <p>ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ</p> <p>Проведення лапароскопічних реконструктивно-пластичних операцій при безплідді трубно-перитонеального походження та реабілітаційні заходи повинні бути єдиним комплексом і включати такі етапи:</p> <p>I етап – власне лапароскопічна реконструктивно-пластична операція з використанням алгоритму етапності входження в операційне поле (показники пневмоперитонеуму, троакари із різьбою, біполярні інструменти) на матковій трубі або тубектомія із збереженням кровообігу в трубній артерії із використанням лікувально-профілактичного комплексу інтра- та післяопераційних міроприємств.</p> <p>II етап – амбулаторний: контрольована індукція овуляції з 2-го місяця проводиться після операції при збережених маткових трубах або запліднення <i>in vitro</i> при їх відсутності; при неефективності контрольованої індукції овуляції та контроль прохідності маткових труб за допомогою метросальпінгографії, ехогістеросальпінгоскопії.</p>	<p>С. 136.</p> <p>ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ</p> <p>Проведення лапароскопічних реконструктивно-пластичних операцій при безплідності трубного походження та реабілітаційні заходи повинні бути єдиним комплексом і включати такі етапи:</p> <p>I етап – власне лапароскопічна реконструктивно-пластична операція на матковій трубі або тубектомія із збереженням кровообігу в трубній артерії, під час якої в маткову трубу вводиться розчин лонгідази 300 МО після фімбріопластики або в черевну порожнину після тубектомії та залишається в черевній порожнині в кількості 20–40 мл;</p> <p>– з першого дня післяопераційного періоду вводиться лонгідаза 300 МО курсом 10 ін'єкцій один раз в п'ять днів;</p> <p>– з другого дня – імуностимулятор імунотлазид за такою схемою: з 1-го по 3-й день по 5 мл 2 рази на добу; з 4-го дня – по 8 мл 2 рази на добу впродовж 14 днів.</p> <p>II етап – амбулаторний: контрольована індукція овуляції з 2-го місяця проводиться після операції при збережених маткових трубах або запліднення <i>in vitro</i> при їх відсутності; при неефективності контрольованої індукції овуляції проводиться контроль прохідності маткових труб за допомогою метросальпінгографії, ехогістеросальпінгоскопії або фертилоскопії.</p>
4	<p>Молодиченко Максим Сергійович. Оптимізація методики малоінвазивної хірургії у жінок з трубно-перитонеальним безпліддям. Дис. ... канд. медичних наук. – Київ, 2016. (https://nrat.ukrintei.ua/searchdoc/0416U000939/)</p>	<p>Івахова Л. П. Лікування безпліддя у жінок з герпесвірусною інфекцією в програмах допоміжних репродуктивних технологій. Дис. ... канд. медичних наук. – Київ, 2011. (https://nrat.ukrintei.ua/searchdoc/0412U001192/)</p>
	<p>С. 39.</p> <p>Аналізуючи соціальну зайнятість жінок, відмічено, що у групах обстежених вона була майже однотипною. Серед обстежених жінок основної групи службовці становили 32,5±4,4%, домогосподарки – 43,8±3,8%, робітниці – 14,5±2,9%, студенти – 9,2±2,6%. В контрольній групі службовці склали 50,1±7,1%, домогосподарки – 28,2±6,4%, робітниці – 11,3±4,5%, студенти – 10,4±4,3%. Як свідчать дані, наведені в таблиці 2.3, в анамнезі у жінок основної групи вірогідно частіше спостерігались за-</p>	<p>С. 34.</p> <p>Аналізуючи соціальну зайнятість жінок, відмічено, що у групах обстежених вона була майже однотипною. Серед обстежених жінок основної групи службовці становили 32,5±4,4%, домогосподарки – 43,8±3,8%, робітниці – 14,5±2,9%, студенти – 9,2±2,6%. В контрольній групі службовці склали 50,1±7,1%, домогосподарки – 28,2±6,4%, робітниці – 11,3±4,5%, студенти – 10,4±4,3%.</p> <p>Як свідчать дані, наведені в таблиці 2.2, в анамнезі у жінок основної групи вірогідно частіше</p>

	<p>палення придатків матки. Середній вік початку менструацій в основній групі склав $12,7 \pm 0,04$ років, а в контрольній – $12,6 \pm 0,06$ років ($p > 0,05$).</p> <p>Молодиченко «впродовж 2011-2014 рр.» досліджував 160 жінок основної групи, Івахова – 120 жінок «за період з 2008 по 2010 рр.», але всі дані виявилися однаковими. Плагіат. Фальсифікація дослідження.</p>	<p>спостерігались запалення придатків матки. Середній вік початку менструацій в основній групі склав $12,7 \pm 0,04$ років, а в контрольній – $12,6 \pm 0,06$ років ($p > 0,05$).</p>
5	<p>Молодиченко Максим Сергійович. Оптимізація методики малоінвазивної хірургії у жінок з трубно-перитонеальним безпліддям. Дис. ... канд. медичних наук. – Київ, 2016. (https://nrat.ukrintei.ua/searchdoc/0416U000939/)</p>	<p>Алексєєв О. А., Суліма Г. М. Нові підходи до профілактики спайкового процесу у малому тазі у жінок репродуктивного віку // Збірник наукових праць асоціації акушерів-гінекологів України. – 2015. – Вип. 1 (35). – С. 40–44. (http://aagu.com.ua/publisher/downloads/zbirnyk_1(35)_2015.pdf)</p>
	С. 90.	С. 40.
	<p>У вітчизняній літературі представлено дані щодо використання різних речовин і засобів з різною ефективністю попереджуючих формування спайок [5, 10, 36, 64]. Особове значення мають також особливості періопераційного ведення пацієнток із спайковим процесом у малому тазі [22, 35, 50].</p> <p>Текст ідентичний, номери покликань різні, джерела під цими номерами теж. Плагіат.</p>	<p>У вітчизняній літературі представлено дані щодо використання різних речовин і засобів з різною ефективністю попереджуючих формування спайок [2, 3, 6, 10]. Особове значення мають також особливості періопераційного ведення пацієнток із спайковим процесом (СП) у малому тазі [2, 4].</p>
	С. 91.	С. 40.
	<p>Під час рандомізованих досліджень не доведені переваги лапароскопічного доступу у порівнянні з лапаротомічним. За деякими, більш сучасними даними, частота відновлення репродуктивної функції у разі важкого СП вірогідно вища після відкритої мікрохірургічної операції [141]. При цьому не доведено частоту відновлення репродуктивної функції.</p> <p>Не доведені переваги або недоліки різних технік сальпінгоостомії.</p> <p>У теперішній час продовжується активний пошук речовин, які під час введення у черевну порожнину могли б ефективно відокремлювати механічним шляхом травмовані поверхні одна від одної, що знизило б імовірність формування спайок.</p>	<p>Під час рандомізованих досліджень не доведені переваги лапароскопічного доступу у порівнянні з лапаротомічним [5, 9]. Продовжується активний пошук речовин, які під час введення у черевну порожнину могли б ефективно відокремлювати механічним шляхом травмовані поверхні одна від одної, що знизило б імовірність формування спайок.</p>
	С. 91.	С. 40.
	<p>З урахуванням даних наших даних, що перитонеальні спайки у черевній порожнині не є просто рубцевою тканиною та не є адинамічними структурами, а є активними запальними трансплантатами, що сприяють відмежуванню травмованої ділянки очеревини, бар'єрний ад'ювант повинен мати протизапальні властивості.</p> <p>Доказом плагіату є вставлені слова «наших даних» після слів «З урахуванням даних». Вийшла абракадабра. Плагіат.</p>	<p>З урахуванням даних, що перитонеальні спайки у черевній порожнині не є просто рубцевою тканиною та не є адинамічними структурами, а є активними запальними трансплантатами, що сприяють відмежуванню травмованої ділянки очеревини, бар'єрний ад'ювант повинен мати протизапальні властивості [1, 3, 7].</p>
	С. 92.	С. 40–41.
	<p>На підставі власних даних про те, що формування тазових спайок є наслідком альтерації очеревини як початкової стадії запального процесу за участю макрофагів та прозапальних цитокінів нами було розроблено схему патогенетичної профілактики спайкового процесу, що включала у собі сана-</p>	<p>На підставі власних даних про те, що формування тазових спайок є наслідком альтерації очеревини як початкової стадії запального процесу за участю макрофагів та прозапальних цитокінів нами було розроблено схему патогенетичної профілактики спайкового процесу, що включала у собі сана-</p>

<p>цію органів малого тазу 0,02% водним розчином Декасану® із наступною аспірацією введеного розчину та внутрішньом'язове введення у ранньому післяопераційному препараті «Галавіт» 100 мг за схемою.</p>	<p>цію органів малого тазу 0,02% водним розчином Декасану® із наступною аспірацією введеного розчину.</p>
<p>С. 93.</p>	<p>С. 40.</p>
<p>Ефективність запропонованого способу патогенетичної профілактики вивчено у 60 пацієнток із 3–4 ступенем поширеності СП у малому тазі (за класифікацією AFS), яким проведено secondlook лапароскопію за різними показаннями.</p> <p>30 пацієнткам із 3–4 ступенем поширеності спайкового процесу у малому тазі (за класифікацією AFS) під час першої операції проводили зрошення черевної порожнини ізотонічним фізіологічним розчином згідно наказу № 676 МОЗ України.</p> <p>У наказі №676 МОЗ України від 31.12.2004 (https://zakononline.com.ua/documents/show/38238757707) мова йде про передчасні пологи, і ізотонічний розчин там застосовується у вигляді внутрішньовенних інфузій. Таким чином, це згадування наказу МОЗУ є фальшивим. Плагіат.</p>	<p>Ефективність запропонованого методу профілактики СП у малому тазі у жінок репродуктивного віку вивчено у 60 пацієнток із 3 – 4 ступенем поширеності СП у малому тазі (за класифікацією AFS), яким проведено second-look лапароскопію за різними показаннями. 30 пацієнткам із 3 – 4 ступенем поширеності СП у малому тазі (за класифікацією AFS) під час першої операції проводили зрошення черевної порожнини ізотонічним фізіологічним розчином.</p>
<p>С. 93.</p>	<p>С. 41.</p>
<p>Згідно отриманих нами даних, кількість пацієнток без СП у малому тазі, була вищою у 4,3 рази у групі пацієнток, які отримали профілактику СП за запропонованою схемою, у порівнянні з жінками, які отримували загальноприйняті лікувальні заходи (рис. 5.3).</p>	<p>Згідно отриманих нами даних, кількість пацієнток без СП у малому тазі, була вищою у 4,3 рази у групі пацієнток, які отримали профілактику СП за запропонованою схемою, у порівнянні з жінками, які отримували загальноприйняті лікувальні заходи (Рис. 1).</p>
<p>С. 94.</p>	<p>С. 41.</p>
<p>Рис. 5.3. Кількість пацієнток без спайкового процесу у малому тазі.</p> <p>Результати проведеного дослідження показали, що щільність спайок, яку було оцінено під час проведення першої лапароскопії, достовірно не відрізнялася у пацієнток обох груп, склавши $11,2 \pm 0,4$ і $10,4 \pm 0,5$ балів, відповідно.</p>	<p>Рис. 1. Кількість пацієнток без спайкового процесу у малому тазі.</p> <p>Результати проведеного дослідження показали, що щільність спайок, яку було оцінено під час проведення першої лапароскопії, достовірно не відрізнялася у пацієнток обох груп, склавши $11,2 \pm 0,4$ і $10,4 \pm 0,5$ балів, відповідно.</p>
<p>С. 95.</p>	<p>С. 41.</p>
 <p>* $p < 0,05$ — відносно групи з загальноприйнятою методикою</p> <p>Рис. 5.4. Щільність післяопераційних спайок у досліджуваних групах у балах.</p> <p>Рисунки подібні, тільки переставлені перший з другим стовпчики в 1-й парі, а також у 2-й парі. Плагіат.</p>	 <p>* $p < 0,05$ – відносно групи з загальноприйнятою методикою</p> <p>Рис. 2. Щільність післяопераційних спайок у досліджуваних групах у балах</p>
<p>С. 95.</p>	<p>С. 42.</p>

<p>Усі пацієнтки у післяопераційному періоді не відчували дискомфорту та алергічних реакцій після зрощення черевної порожнини розчином Декасану® та наступним внутрішньом'язовим введенням препарату Галавіт. Оскільки, за отриманими нами даними, імунокомпетентні CD68-позитивні клітини (макрофаги) виявлялися в усіх спостереженнях незалежно від ґенезу, що є своєрідним доказом їх безпосередньої участі у спайкоутворенні і свідчить про запальну реакцію у спайках і самопідтримуючий перебіг спайкоутворення, ми обрали їх у якості критерію ефективності запропонованої патогенетичної профілактики СП у пацієток репродуктивного віку.</p>	<p>Усі пацієнтки у післяопераційному періоді не відчували дискомфорту та алергічних реакцій після зрощення черевної порожнини розчином Декасану®. Оскільки, за отриманими нами даними, імунокомпетентні CD68-позитивні клітини (макрофаги) виявлялися в усіх спостереженнях незалежно від ґенезу, що є своєрідним доказом їх безпосередньої участі у спайкоутворенні і свідчить про запальну реакцію у спайках і самопідтримуючий перебіг спайкоутворення, ми обрали їх у якості критерію ефективності запропонованої патогенетичної профілактики СП у пацієток репродуктивного віку.</p>
<p>С. 95–96.</p>	<p>С. 42.</p>
<p>Динаміка експресії імунокомпетентних CD68-позитивних клітин (макрофагів) під час морфологічного дослідження тканин спайок, отриманих під час першої та second-look лапароскопії, представлено на рисунках 5.5, 5.6, 5.7.</p>	<p>Динаміка експресії імунокомпетентних CD68-позитивних клітин (макрофагів) під час морфологічного дослідження тканин спайок, отриманих під час першої та second-look лапароскопії, представлено на рисунках 3, 4, 5.</p>
<p>С. 96.</p>	<p>С. 42.</p>
 <p>* $p < 0,05$ — відносно групи з загальноприйнятою методикою</p> <p>Рис. 5.5. Динаміка експресії CD68-позитивних клітин у тазових спайках у досліджуваних групах.</p> <p>Рисунки однакові. Плагіат.</p>	 <p>* $p < 0,05$ – відносно групи з загальноприйнятою методикою</p> <p>Рис. 3. Динаміка експресії CD68-позитивних клітин у тазових спайках у досліджуваних групах</p>
<p>С. 96.</p>	<p>С. 42.</p>
 <p>Рис. 5.6. Вогнищева помірно виражена експресія CD68-позитивних клітин у перитонеальній тазовій спайці у пацієнтки С. під час першої лапароскопії. ІГХ. Збільш. 100х.</p> <p>Однакові рисунки. Плагіат.</p>	 <p>Рис. 4. Вогнищева помірно виражена експресія CD68-позитивних клітин у перитонеальній тазовій спайці у пацієнтки С. під час першої лапароскопії. ІГХ. Збільш. 100х.</p>

С. 97.	С. 43.
 <p>Рис. 5.7. Слабовиражена експресія CD68-позитивних клітин у перитонеальній тазовій спайці під час second-look лапароскопії у тієї ж пацієнтки С. після проведеної запропонованої профілактики. ІГХ. Збільш. 100х.</p> <p>Однакові рисунки. Плагіат.</p>	 <p>Рис. 5. Слабовиражена експресія CD68-позитивних клітин у перитонеальній тазовій спайці під час second-look лапароскопії у тієї ж пацієнтки С. після проведеної запропонованої профілактики. ІГХ. Збільш. 100х.</p>
С. 97.	С. 43.
<p>Таким чином, запропонований спосіб є ефективним, патогенетично обґрунтованим та відносно недорогим і може бути використаний у якості патогенетичної профілактики спайкового процесу у жінок репродуктивного віку.</p>	<p>Висновки <...> Запропонований спосіб є ефективним, патогенетично обґрунтованим та відносно недорогим і може бути використаний у якості патогенетичної профілактики спайкового процесу у жінок репродуктивного віку.</p>
С. 97.	С. 41.
<p>Згідно отриманих даних, кількість пацієнток без спайкового процесу у малому тазі була у 4,3 рази вищою у основній групі у порівнянні з групою контролю. Щільність спайок, яку було оцінено під час проведення першої лапароскопії, достовірно не відрізнялася у пацієнток обох груп, склавши $11,2 \pm 0,4$ і $10,4 \pm 0,5$ балів, відповідно. Під час проведення повторної лапароскопії щільність післяопераційних спайок склала $0,8 \pm 0,1$ у пацієнток, які отримали запропоновану нами профілактику, і $4,1 \pm 0,2$ у групі з загальноприйнятими лікувальними заходами ($p < 0,05$).</p>	<p>Згідно отриманих нами даних, кількість пацієнток без СП у малому тазі, була вищою у 4,3 рази у групі пацієнток, які отримали профілактику СП за запропонованою схемою, у порівнянні з жінками, які отримували загальноприйняті лікувальні заходи (Рис. 1). <...> Результати проведеного дослідження показали, що щільність спайок, яку було оцінено під час проведення першої лапароскопії, достовірно не відрізнялася у пацієнток обох груп, склавши $11,2 \pm 0,4$ і $10,4 \pm 0,5$ балів, відповідно. Під час проведення повторної лапароскопії щільність післяопераційних спайок склала $0,8 \pm 0,1$ у пацієнток, які отримали запропоновану нами профілактику, і $4,1 \pm 0,2$ у групі з загальноприйнятими лікувальними заходами ($p < 0,05$) (Рис. 2).</p>
<p>6 Молодиченко Максим Сергійович. Оптимізація методики малоінвазивної хірургії у жінок з трубно-перитонеальним безпліддям. Дис. ... канд. медичних наук. – Київ, 2016. (https://nrat.ukrintei.ua/searchdoc/0416U000939/)</p>	<p>Гаспаров А. С., Дубинская Е. Д. Тазовые перитонеальные спайки: этиология, патогенез, диагностика, профилактика. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2013. (https://web.archive.org/web/20150417005257/https://www.ya-zdorova.ru/netcat_files/userfiles/images/useful-links/monograf-1.pdf)</p>
С. 102–103.	С. 116–117.
<p>Отримані результати співпадають з даними літератури про частоту відновлення репродуктивної функції після лапароскопічного лікування СП у малому тазі.</p>	<p>Полученные результаты совпадают с данными литературы о частоте восстановления репродуктивной функции после лапароскопического лечения спаечного процесса в малом тазу. Проведен-</p>

<p>Проведений аналіз показав, що основна маса досліджень, яку присвячено вивченню кореляції між стадією СП і частотою відновлення репродуктивної функції, доказує наявність такого взаємозв'язку [26, 171]. Відомо, що у разі традиційної реабілітації у хворих після реконструктивно-пластичних операцій із безпліддям трубного походження знижується ефективність відновленої прохідності МТ із 75,0% до 52,0% за рахунок післяопераційних ускладнень [131, 182].</p> <p>Чужий текст переписаний разом із покликаннями. Усі покликання – фальшиві, оскільки під цими номерами знаходяться зовсім інші джерела, а крім того, в «Списку використаної літератури» до дисертації Молодіченка значиться лише 136 джерел. Плагіат.</p>	<p>ний аналіз показав, що основная масса исследований, посвященных изучению корреляции между стадией спаечного процесса и частотой восстановления репродуктивной функции, доказывает наличие такой взаимосвязи [37; 52]. Известно, что при традиционной реабилитации у больных после реконструктивно-пластических операций с трубным бесплодием снижается эффективность восстановленной проходимости маточных труб с 75 до 52% за счет послеоперационных осложнений [36; 38].</p>
<p>С. 103–104.</p>	<p>С. 117–118.</p>
<p>Безпосередні зміни у МТ у жінок з безпліддям трубного походження зводяться до повної або часткової непрохідності, що розвиваються у істмічному, інтерстиційному або ампулярному відділах, ураженню м'язового шару труби і циліндричного епітелію, до спайкових перитубарних змін. Переважно ураження МТ запальними процесами зумовлено багатьма чинниками, у т. ч. особливостями їх топографії.</p> <p>Часте ураження ампулярних відділів МТ описано при всіх видах сальпінгітів специфічної і неспецифічної етіології, незалежно від типу інфекції і шляхів потрапляння у труби. Це обумовлено особливостями кровопостачання ампулярних відділів труб за типом венозних лакун і артеріовенозних анастомозів, а також переважанням вільного епітелію, нестійкого до ушкоджуючих агентів. Виражений запальний процес саме у цих відділах труб з наступним злипанням фімбрій у місцях загибелі вільного епітелію і рубцюванням призводить до грубих анатомічних змін труб по типу мішечкуватих запальних псевдопухлин — гидросальпінксів.</p> <p>Згідно сучасним уявленням, це є захисним механізмом, який попереджає поширення інфекції у разі висхідного і низхідного сальпінгіту. У гидросальпінксах змінюється співвідношення вільного і секреторного епітелію у бік збільшення секреторних клітин, які продовжують функціонувати в умовах замкнутих гидросальпінксів. Накопичення рідини у замкнутій порожнині МТ призводить до підвищення тиску і до прогресуючої атрофії вільних клітин, збільшення кількості секреторних клітин і ще більшому накопиченню запального ексудату, що знову сприяє загибелі вільних клітин, що залишилися.</p> <p>При тривалому існуванні гидросальпінксу вільні клітини гинуть, і прогноз виживності і відновлення функції труби наближається до нульового [129].</p> <p>Молодіченко переписав чужий текст, замінивши два покликання на [129] – Van Royen E. Multinucleation in cleavage stage embryos / E. Van Royen, K. Mangelschots, M. Vercruyssen // Hum Reprod. – 2003. - Vol. – 18. – P.1062–1069. Це покликання фальшиве, воно не має стосунку до наведеного тексту. Плагіат.</p>	<p>Непосредственные изменения в маточных трубах у женщин с бесплодием сводятся к полной или частичной непроходимости, развивающейся в истмическом, интерстициальном и ампулярном отделах, поражению мышечного слоя трубы и цилиндрического эпителия, к спаечным перитубарным изменениям. Преимущественное поражение маточных труб воспалительными процессами обусловлено многими факторами, в том числе особенностями многих отделов ампулярных отделов маточных труб описано при всех видах сальпингитов специфической и неспецифической этиологии, независимо от типа инфекции и путей попадания в трубы. Это обусловлено особенностями кровоснабжения ампулярных отделов труб по типу венозных лакун и артериовенозных анастомозов, а также преобладанием реснитчатого эпителия, неустойчивого к повреждающим агентам. Выраженный воспалительный процесс именно в этих отделах труб с последующим слипанием фимбрий в местах гибели реснитчатого эпителия и рубцеванием приводит к грубым анатомическим изменениям труб по типу мешотчатых воспалительных псевдоопухлей — гидросальпінксів.</p> <p>Согласно современным представлениям, это является защитным механизмом, предупреждающим распространение инфекции при восходящем и нисходящем сальпингите. В гидросальпінксах меняется соотношение реснитчатого и секреторного эпителия в сторону увеличения секреторных клеток, которые продолжают функционировать в условиях замкнутых гидросальпінксів. Накопление жидкости в замкнутой полости маточной трубы приводит к повышению давления и к прогрессирующей атрофии реснитчатых клеток, увеличению количества секреторных клеток и еще большему накоплению воспалительного экссудата, что вновь способствует гибели оставшихся реснитчатых клеток. При длительном существовании гидросальпінксів реснитчатые клетки погибают, и прогноз излеченности и восстановления функции трубы приближается к нулевому [101; 121].</p>