МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ ТА НАУКИ УКРАЇНИ
МЕДИЧНИЙ ІНСТИТУТ СУМСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО УНІВЕРСИТЕТУ
МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ІМЕНІ П. Л. ШУПИКА

Кваліфікована наукова праця
на правах рукопису

ТЕРЕХОВ ВОЛОДИМИР АНДРІЙОВИЧ

УДК 618.1-089.168.1-06-089-072.1-08-039.71

ДИСЕРТАЦІЯ

ОПТИМІЗАЦІЯ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКИ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ У ЖІНОК З ГЕНІТАЛЬНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ З ВИКОРИСТАННЯМ СУЧАСНИХ ЕНДОСКОПІЧНИХ ТЕХНОЛОГІЙ

в галузі знань 22 Охорона здоров'я за спеціальністю 222 Медицина
(наукова спеціальність 14.01.01 «Акушерство та гінекологія»)

Подається на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук
Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідні джерела

В. А. Терехов

Науковий консультант: доктор медичних наук, професор Бойко В.І.

Суми - 2023

АНОТАЦІЯ

Терехов В. А. Оптимізація хірургічного лікування та профілактики післяопераційних ускладнень у жінок з генітальною патологією з використанням сучасних ендоскопічних технологій. Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук в галузі знань 22 «Охорона здоров'я» за спеціальністю 222 «Медицина» (наукова спеціальність 14.01.01 «Акушерство та гінекологія»). Медичний інститут Сумського державного університету; Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика; 2023.

Дисертаційна робота присвячена підвищенню ефективності оперативного лікування доброякісних та запальних новоутворень геніталій, а також зниженню частоти післяопераційних ускладнень на основі удосконалення тактики використання сучасних ендоскопічних технологій та лікувально-профілактичних заходів. Для досягнення поставленої мети були визначені наступні завдання: визначити структуру оперативного лікування доброякісних новоутворень матки та придатків з використання сучасних ендоскопічних технологій; з'ясувати структуру різних доступів для проведення гістеректомії; показати вплив оперативного лікування різних варіантів генітальної патології на різні показники якості життя; представити структуру ускладнених форм запальних процесів органів малого таза, які потребують оперативного втручання; дослідити частоту, показання та ефективність динамічної лапароскопії у жінок з ускладненими запальними процесами органів малого таза; визначити різні варіанти обсягу оперативного втручання у жінок з ускладненими формами запальних процесів органів малого таза; з'ясувати особливості порушень у плазмовій та судинно-тромбоцитарній ланці гемостазу у жінок з ускладненими формами запальних процесів органів малого таза; показати роль аутоімунної компоненти ускладнених форм запальних процесів органів

малого таза; удосконалити та показати ефективність тактики сучасних ендоскопічних технологій та профілактики післяопераційних ускладнень у жінок з різними варіантами генітальної патології.

Об'єкт дослідження: перебіг післяопераційного періоду. Предмет дослідження: клінічний перебіг до- та раннього і віддаленого періодів після оперативного лікування різних варіантів генітальної патології. Методи дослідження: клінічні, інструментальні, біохімічні, функціональні, мікробіологічні, морфологічні та статистичні.

Проведено науковий аналіз частоти та структури різних доступів оперативних втручань при основних варіантах генітальної патології (гіперпластичні та запальні процеси, пролапс) у жінок різних вікових грукп. Показано, що сучасні ендоскопічні технології необхідно використовувати у більшості випадків або доповнювати лапароскопічні втручання вагінальним етапом операції. Науково новим є встановлення ролі динамічної лапароскопії у підвищенні ефективності органозберігаючих операцій при ускладнених формах запальних процесів органів малого таза. Вперше показана роль атуоімунного компонента у ґенезі ускладнених форм запальних процесів органів малого таза. Встановлені зміни якості життя до та після оперативного лікування різних форм генітальної патології та їх взаємозв'язок з обсягом операцій та наявність післяопераційних ускладнень. Показано особливості змін плазмової та судинно-тромбоцитарної ланки гемостазу у жінок з ускладненими формами запальних процесів органів малого таза. На підставі отриманих даних науково обґрунтовано необхідність удосконалення тактики оперативних втручань та алгоритму лікувально-профілактичних заходів в жінок після оперативного лікування різних варіантів генітальної патології з метою підвищення ефективності лікування та зниження рівня післяопераційних ускладнень. Удосконалено методику ушивання черевної порожнини та вагінальної гістеректомії при використанні сучасних ендо-

скопічних технологій у жінок з міомою матки та пролапсом. Це дозволило підвищити якість оперативного лікування та знизити частоту порушень репродуктивного здоров'я в післяопераційному періоді. Запропоновані основні принципи техніки вагінальної гістеректомії при міомі матки великих розмірів, що забезпечує зниження частоти інтра- та післяопераційних ускладнень.

Удосконалено методику для лікування стресового нетримання сечі у жінок на підставі індивідуального підбору місця для проведення сітчастого протеза з подальшим введенням провідника разом із сітчастим протезом. Представлені показання та особливості проведення динамічної лапароскопії при проведенні органозберігаючих операції у жінок з ускладненими формами запальних процесів органів малого таза. Запропонована тактика корекції гемостазіологічних порушень у жінок з ускладненими формами запальних процесів органів малого таза на підставі використання повинна включати специфічні та неспецифічні засоби. Удосконалений алгоритм тактики оперативних втручань та лікувально-профілактичних заходів у жінок з різними варіантами генітальної патології, що дозволило підвищити ефективність лікування та знизити частоту післяопераційних ускладнень.

Результати проведених досліджень свідчать, що у структурі оперативного лікування доброякісних новоутворень матки та придатків переважали малоінвазивні операції (69,9%) порівняно з традиційними методами (30,1%). При оцінці структури малоінвазивних оперативних втручань встановлено, що у більшості випадків (42,8%) були застосовані органозберігаючі операції з приводу новоутворень матки та придатків, операції з приводу пролапса геніталій (18,3%) та комбінована гістеректомія (15,2%). Серед традиційних оперативних втручань частіше виконували лапаротомні гістеректомії порівняно з міомектомією (31,7%) та вагінальною гістеректомією (27,7%), при цьому у плановому порядку проведено 81,8%

операцій, а в ургентному – 18,2%. Серед різних варіантів гістеректомій лапаротомний становив 41,8%; комбінований лапароскопічний і піхвовий – 36,5%, порівняно з виключно піхвовим – 21,7%. У структурі доступів при міомектомії 48,0% займав лапаротомічний, 27,9% – піхвовий та 24,1% – комбінований лапароскопічний і вагінальний доступи відповідно. Частота депресивних станів після різних гінекологічних операцій склала від 17,3 до 27,0% хворих і була пов'язана зі стійким больовим синдромом (коефіцієнт кореляції r=+0,45), порушеннями сечовипускання – від 14,8 до 53,3% (критерій χ^2=3,22) та дискомфортом в області післяопераційної рани – від 11,4 до 40,0% (критерій χ^2=2,3). У структурі ускладнених форм запальних процесів органів малого таза, які потребують ургентного оперативного втручання, переважали піосальпінкси – дво- (38,3%) та однобічні (26,1%), абсцеси малого таза (16,2%), тубооваріальні абсцеси (12,8%), однобічні піовари (4,4%) та інші форми (2,2%). Частота динамічної лапароскопії у жінок з ускладненими запальними процесами органів малого таза становила 51,6%, провідними показаннями були збереження больового синдрому; стійка гіпертермія, симптоми інтоксикації та бажання збереження репродуктивної функції. Рівень однократної динамічної лапароскопії склав 73,1% двократної – 22,6%, трьох та більше – 4,3% відповідно. При оцінці обсягу оперативного втручання у жінок із ускладненими формами запальних процесів органів малого таза встановлено: переважання сальпінгостомії/туботомії з обох боків – 37,6%; сальпінгостомію з одного боку – 18,3%; лізис спайок із санацією малого таза – 15,1%; вскриття абсцесу із сальпінгооваріолізисом – 14,0%; туб-/аднексектомія з одного боку – 12,9%; аднексектомія з одного боку та сальпінгостомія з іншого – 2,1% відповідно. У жінок після оперативного лікування ускладнених форм запальних процесів органів малого таза спостерігалися зміни якості життя: зниження фізичної активності (92,6%); млявість і сонливість (91,5%); брак енергії і зниження життєвого тонусу

(36,2%). Використання динамічної лапароскопії дозволяє суттєво підвищити якість життя цих жінок. У жінок з ускладненими формами запальних процесів органів малого таза мали місце виражені порушення у плазмовій та судинно-тромбоцитарній ланці гемостазу: зниження фібринолітичної активності – 95,1%; зменшення активованого часу рекальцифікації – 85,0%; гіперфібриногенемія – 56,1%; зниження толерантності крові до гепарину – 48,6%; позитивний етаноловий тест – 48,0%; зменшення часу рекальцифікації – 30,6%. Вираженість порушень гемостазу корелює з тяжкістю запального процесу. Аутоімунний компонент ускладнених форм запальних процесів органів малого таза підтверджується підвищеною концентрацією аутоантитіл до фосфоліпідів (54,1%), причому від 140 до 300% – у 41,0% та більше 300% – у 23,1% відповідно. В удосконаленій нами методиці ушивання черевної порожнини використання сучасних ендоскопічних технологій дозволяє підвищити ефективність оперативного лікування доброякісної та запальної патології органів малого таза. Використання удосконаленого нами алгоритму дозволяє підвищити якість оперативного лікування та знизити частоту порушень репродуктивного здоров’я в післяопераційному періоді. Після вагінальної гістеректомії два обвивних шва накладаються на слизову оболонку піхви, кукси зв'язок і тазову очеревину від міхурно-маткової складки і передньої стінки піхви до очеревини позаматкового простору і задньої стінки піхви. Справа і зліва накладаються два таких шва. Зав'язуються шви одночасно. Дана техніка дозволяє досягти надійного гемостазу і уникнути виникнення позачеревних гематом і гематом куполу піхви в післяопераційному періоді. Техніка вагінальної гістеректомії з приводу міоми матки великих розмірів базується на двох основних принципах: деваскуляризація матки шляхом лігування маткових артерій перед виконанням власне гістеректомії; зменшення розмірів пухлини шляхом бісекції, міомектомії, морцеляції або коринг. Удосконалена методика для лікування стресового

нетримання сечі у жінок відрізняється місцями проведення сітчастого протеза. Після катетеризації сечового міхура виконується лінійний розріз слизової оболонки сечового міхура на 1 см нижче за зовнішній отвір сечовипускального каналу довжиною 1 см. Важливо аби була розкрита і належна фасція. Потім робляться тунелі до обтураторного отвору з обох боків, через які й проводяться зігнутої форми провідники із сітчастим протезом. Провідник проводиться не з боку піхви через обтураторний отвір на внутрішню поверхню стегна, а з внутрішньої поверхні стегна з розрізу 1 см, на 2 см вище за зовнішній отвір сечовипускального каналу і 2 см назовні від внутрішнього стегнового згину. Провідник перфорує замикальний отвір під контролем пальця і виходить назовні з розрізу слизової оболонки піхви. У жінок з ускладненими формами запальних процесів органів малого таза необхідно використовувати сучасні ендоскопічні технології з динамічною лапароскопією у випадках неефективності першого втручання, збереженні симптомів інтоксикації та необхідності збереження репродуктивної функції. Корекція гемостазіологічних порушень у жінок з ускладненими формами запальних процесів органів малого таза повинна включати неспецифічні способи: вживання максимально щадної, відпрацьованої техніки оперативного втручання; використання комбінованої, у тому числі регіонарної (спінальної або епідуральної) анестезії; ефективне знеболення в післяопераційному періоді; застосування в програмі лікування інфузійної терапії в режимі помірної гіперволемії (попередження гіповолемії); використання пневматичної манжеточної компресії з першої доби післяопераційного періоду. Специфічні: використання прямих антикоагулянтів – низькомолекулярного гепарину / фраксипарину в дозі 0,3 мг (2850 МО Анти-ха активності відповідно) – під шкіру живота протягом 5-7 днів (при масі тіла хворої понад 100 кг дозу антикоагулянту подвоювали); вживання засобів, поліпшуючих властивості реологій крові (курантил, трентал); використання доступних екстракорпоральних методів

детоксикації; вживання глюкокортикоїдів, враховуючи наявність аутоімунного компонента запалення. Використання сучасних ендоскопічних технологій дозволяє підвищити ефективність оперативного лікування доброякісної та запальної патології органів малого таза. Використання удосконаленого нами алгоритму ведення хворих та тактики оперативних втручань дозволяє підвищити якість оперативного лікування і знизити частоту інфекційних та тромбоемболічних ускладнень, порушень репродуктивного здоров'я, а також підвищити якість життя у ранньому та віддаленому післяопераційному періоді.

Ключові слова: генітальна патологія, ендоскопічні технології, тактика оперативного лікування; післяопераційні ускладнення, профілактика.

ANNOTATION

Terekhov V. A. Optimization of surgical treatment and prevention of postoperative complications for women with genital pathology using modern endoscopic technologies. Qualified scientific work on the rights of the manuscript.

Thesis for degree of doctor of medical sciences the field of study 22 Healthcare by Program Subject Area 222 Medicine (14.01.01 «Obstetrics and Gynecology»). Medical Institute of the Sumy State University; Shupyk National Healthcare University of Ukraine; 2023.

Dissertation work is devoted to the increase of efficiency of operative treatment of high quality and inflammatory new formations of genitalia, and also decline of frequency of postoperative complications on the basis of improvement of tactic of the use of modern endoscopic technologies and treatment-and-prophylactic measures. For the decision of the put purpose the followings tasks were certain: to define the structure of operative treatment of high quality new formations of uterus and additions from the use of modern endoscopic technologies; to find out the structure of different accesses for the

leadthrough of hysterectomy; to rotin influence of operative treatment of different variants of genital pathology on the different indexes of quality of life; to present the structure of the complicated forms of inflammatory processes of organs of small pelvis, which need operative interference; to learn frequency, testimony and efficiency of dynamic laparoscopy for women with the complicated inflammatory processes of organs of small pelvis; to define the different variants of volume of operative interference for women with the complicated forms of inflammatory processes of organs of small pelvis; to find out the features of violations in plasma and vascular-platelet link to hemostasis for women with the complicated forms of inflammatory processes of organs of small pelvis; to rotin a role to the autoimmune component of the complicated forms of inflammatory processes of organs of small pelvis; to perfect and rotin efficiency of tactic of modern endoscopic technologies and prophylaxis of postoperative complications for women with the different variants of genital pathology.

Research object: motion of operations and postoperative complications. Article of research: clinical motion of pre- and early and remote periods after operative treatment of different variants of genital pathology. Research methods: clinical instrumental, biochemical, functional, microbiological, morphological and statistical.

A method is improved for treatment of a stress incontinence of urine for women on the basis of individual selection of place for the leadthrough of the reticulated prosthetic appliance with subsequent introduction of explorer together with the reticulated prosthetic appliance. Presented testimonies and features of leadthrough of dynamic laparoscopy during the leadthrough of organ-preserving to the operation for women with the complicated forms of inflammatory processes of organs of small pelvis. The offered tactic of correction of hemostasiological violations for women with the complicated forms of inflammatory processes of organs of small pelvis on the basis of the

use must include specific and heterospecific facilities. Women have the improved algorithm of tactic of operative interferences and treatment-and-prophylactic measures with the different variants of genital pathology, that allowed to promote efficiency of treatment and reduce frequency of postoperative complications.

The results of the conducted researches testify that in the structure of operative treatment of high quality new formations of uterus and additions minimally invasive operations (69.9%) prevail by comparison to traditional methods (30.1%). At an estimation the structures of minimally invasive operative interferences are set that in most cases (42.8%) organ-preserving operations were applied concerning new formations of uterus and additions, operation concerning prolapse genitalia (18.3%) and combined hysterectomy (15.2%). Among traditional operative interferences more frequent executed laparotomical hysterectomy by comparison to a myomectomy (31.7%) and vaginal hysterectomy (27.7%). Thus, 81.8% operations are conducted in the planned order, and in urgent – 18.2% respectively. Among the different variants of hysterectomy laparotomical is 41.8%; combined laparoscopic and vaginal – 36.5% by comparison to exceptionally vaginal – 21.7%. In the structure of accesses at a myomectomy 48.0% occupies laparotomical; 27.9% – vaginal and 24.1% – combined laparoscopic and vaginal accesses. Frequency of depressions after different gynaecological operations is from 17.3 to 27.0% patients and related to the proof pain syndrome (coefficient of correlation of r=+0.45); by urination disorders – from 14.8 to 53.3% (criterion of χ^2=3.22) and by discomfort in the area of postoperative wound – from 11.4% to 40.0% (criterion of χ^2=2,3). In the structure of the complicated forms of inflammatory processes of organs of small pelvis, which need urgent operative interference, the pyosalpinxs of two- (38.3%) and one-sided prevail (26.1%); abscesses of small pelvis (16.2%); tubo-ovarian abscesses (12.8%); one-sided piovars (4.4%) and other forms (2.2%). Frequency of dynamic laparoscopy for women

with the complicated inflammatory processes of organs of small pelvis makes (51.6%), and leading testimonies were: maintainance of pain syndrome; proof hyperthermia, symptoms of intoxication and desire of maintainance of genesial function. A level of single dynamic laparoscopy is 73.1%; twomultiple – 22.6% and three and anymore – 4,3% accordingly. At the estimation of volume of operative interference for women with the complicated forms of inflammatory processes of organs of small pelvis predominance of salpingostomy/ tubotomy is set on either side – 37.6%; salpingostomy from one side – 18.3%; lysis of joints with sanitation of small pelvis – 15.1%; to the dissection abscess from salpingoovariolizis – 14.0%; tubotomy/adnexectomy from one side – 12.9%; adnexectomy from one side and salpingostomy from the second – 2.1% rrespectively. Women after operative treatment of the complicated forms of inflammatory processes of organs of small pelvis have changes of quality of life: decline of physical activity (92.6%); languor and somnolence (91.5%); lack of energy decline of vital tone (36.2%). The use of dynamic laparoscopy allows substantially to promote quality of life of these women. For women with the complicated forms of inflammatory processes of organs of small pelvis the expressed violations take place in plasma and vascular-platelet link to hemostasis: decline of fibrinolytic activity – 95.1%; diminishing of the activated time of recalcification – 85.0%; fibrinosis – 56.1%; decline of tolerance of blood to the heparin – 48.6%; positive ethanol test – 48.0%; diminishing of time of recalcification – 30.6%. Intersity of violations correlates hemostasis with weight of inflammatory process. Autoimmune the component of the complicated forms of inflammatory processes of organs of small pelvis is confirmed by the enhanceable concentration of autoantibodies to the phosphotides (54.1%), thus from 140 to 300% – in 41.0% and more than 300% – in 23.1% respectively. In the method of inseaming of abdominal region of the use of modern endoscopic technologies improved by us allows to promote efficiency of operative treatment of high quality and inflammatory pathology

of organs of small pelvis. The use of the algorithm improved by us allows to promote quality of operative treatment and reduce frequency of violations of reproductive health in a postoperative period. After vaginal hysterectomy two blanket sutures imposed on the mucus shell of vagina, stump connection and pelvic peritoneum from vesicouterine fold and front wall of vagina to the peritoneum of retrouterine space and back wall of vagina. Business on the left imposed 2 such the sutures. Sutures are strung simultaneously. This technique allows to attain reliable to hemostasis and avoid the origin of extra-peritoneal haematomas and haematomas of dome of vagina in a postoperative period. The technique of vaginal hysterectomy concerning the hysteromyoma of large-nesses is based on two basic principles: devascularisation of uterus by ligating of uterine arteries before implementation actually hysterectomy; diminishing of sizes of tumour by the way of bisection, myomectomies, morcellation or corring. The improved method for treatment of a stress incontinence of urine for women differs placed leadthrough of the reticulated prosthetic appliance. After the cannulation of urinary bladder the linear cut of mucus shell of urinary bladder is produced on 1 sm below than external opening of urethra long 1 sm. It is important, that exposed and proper ôàñö³ÿ was. Tunnels are then done to the obturation opening on either side, through which conducted arcuated form explorers with the reticulated prosthetic appliance. An explorer is conducted not from the side of vagina through the obturation opening on the internal surface of thigh, but from the internal surface of thigh from a cut 1 cm, on 2 cm higher than external opening of urethra and 2 cm outside from an internal femoral bend. An explorer perforate the obturation opening under control a finger and goes out outside from the cut of mucus shell of vagina. For women with the complicated forms of inflammatory processes of organs of small pelvis it is necessary to use modern endoscopic echnologies with dynamic laparoscopy in the cases of unefficiency of the first interference, maintainance of symptoms of intoxication and necessity of maintainance of

genesial function. The correction of hemostasiological violations for women with the complicated forms of inflammatory processes of organs of small pelvis must include heterospecific methods: use of maximally sparing, exhaust technique of operative interference; use of combined, including regional (spinal or epidural) anaesthesia; the effective anaesthetizing is in a postoperative period; the use in the program of treatment of infusion therapy is in the mode of moderate hypervolemia (warning of hypervolemia); the use of pneumatic cuff compression is from the first time of postoperative period. Specific: use of direct anticoagulants – low-molecular heparin – fraxiparine in a dose 0.3 (2850 IU Anti-xa to activity respectively) – under the skin of stomach during 5-7 days (at mass of body of sick more than 100 kg dose to the anticoagulant doubled); use of facilities, hemorheologys properties making better of which (curantyl, trental); use of accessible extracorporeal methods of detoxication; use glucocorticoids, taking into account the presence of autoimmune component of inflammation. The use of modern endoscopic technologies allows to promote efficiency of operative treatment of high quality and inflammatory pathology of organs of small pelvis. The use of the algorithm of conduct of patients and tactic of operative interferences improved by us allows to promote quality of operative treatment and reduce frequency of infectious and thromboembolic complications, violations of reproductive health, and also promote quality of life in an early and remote postoperative period.

Keywords: genital pathology, endoscopic technologies, tactic of operative treatment; postoperative complications, prophylaxis.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Видання, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації:

1. Бойко АВ, Терехов ВА. Мікробіологічні особливості запальних захворювань яєчників та маткових труб. Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П. Л. Шупика. 2018;31(2):78–82. *(Здобувачу належить ідея, збір матеріалу, обробка даних)*

2. Бойко АВ, Терехов ВА. Прогнозування розвитку кіст та доброякісних пухлин яєчників у жінок репродуктивного віку. Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П. Л. Шупика. 2019;35:62–6. *(Здобувачу належить ідея, збір матеріалу, обробка даних)*

3. Бойко АВ, Терехов ВА. Вплив органозберігальних операцій на яєчниках на менструальну функцію жінок Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П. Л. Шупика. 2019;36:64–70. *(Здобувачу належить ідея, збір матеріалу, обробка даних)*

4. Бойко ВІ, Терехов ВА. Ендоскопічне лікування невідкладних станів в гінекології: тактика та реабілітація. Здоров'я жінки. 2020;3:64–71. *(Здобувачу належить ідея, збір матеріалу, обробка та узагальнення даних)*

5. Терехов ВА. Медичні та соціальні аспекти позаматкової вагітності. Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П. Л. Шупика. 2020;37:105–11.

6. Терехов ВА. Вплив репродуктивного анамнезу на розвиток та перебіг позаматкової вагітності. Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П. Л. Шупика. 2020;38:90–5.

7. Терехов ВА. Актуальні аспекти діагностики ургентних гнійнозапальних захворювань органів малого таза. Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П. Л. Шупика. 2020;39:81–6.

8. Терехов ВА. Роль комплексного оцінювання показників гемодинаміки і гомеостазу при гострих гінекологічних станах. Здоров'я жінки. 2020;8:64–8.

9. Вдовиченко ЮП, Бойко ВІ, Терехов ВА. Діагностика і лікування абдомінальних ускладнень після гінекологічних ендоскопічних операцій. Репродуктивне здоров'я жінки. 2021;1:75–9. *(Здобувачу належить ідея, збір матеріалу, обробка та узагальнення даних)*

10. Бойко ВІ, Терехов ВА. Найближчі та віддалені результати лікування абдомінальних ускладнень після гінекологічних операцій із застосу-

ванням ендоскопічних технологій. Репродуктивне здоров'я жінки. 2021;2:22–7. *(Здобувачу належить ідея, збір матеріалу, обробка та узагальнення даних)*

11. Терехов ВА. Абдомінальні ускладнення після гінекологічних ендоскопічних операцій: діагностика та лікування. Перинатологія та репродуктологія: від наукових досягнень до практики [Електронне науково-практичне видання]. 2021;1:73–83.

12. Терехов ВА. Роль ультразвукового дослідження в оцінці тазових перитонеальних спайок у пацієнток репродуктивного віку з оперативними втручаннями в анамнезі. Перинатологія та репродуктологія: від наукових досягнень до практики [Електронне науково-практичне видання]. 2021;2:54–61.

13. Терехов ВА. Особливості стану гемодинаміки і гомеостазу при гострих гінекологічних захворюваннях. Перинатологія та репродуктологія: від наукових досягнень до практики [Електронне науково-практичне видання]. 2021;3:124–31.

14. Терехов ВА. Тактика прогнозування спайкового процесу після ургентних гінекологічних операцій. Перинатологія та репродуктологія: від наукових досягнень до практики [Електронне науково-практичне видання]. 2021;4:55–60.

15. Терехов ВА. Сучасні аспекти ургентних ендоскопічних гінекологічних операцій. Перинатологія та репродуктологія: від наукових досягнень до практики [Електронне науково-практичне видання]. 2022;1:69–82. DOI: 10.52705/2788-6190-2022-01-7

16. Терехов ВА. Гемостазіологічні аспекти після планових та ургентних лапароскопічних операцій на придатках матки Перинатологія та репродуктологія: від наукових досягнень до практики [Електронне науково-практичне видання]. 2022;2:66–71. DOI: 10.52705/2788-6190-2022-02-10

17. Терехов ВА. Вплив органозберігаючих операцій на яєчниках на менструальну функцію жінок. Перинатологія та репродуктологія: від наукових досягнень до практики [Електронне науково-практичне видання]. 2022;3:38–43. DOI: 10.52705/2788-6190-2022-03-6

18. Терехов ВА. Тактика відновлення репродуктивної функції жінок після ургентних операцій на яєчниках. Перинатологія та репродуктологія: від наукових досягнень до практики [Електронне науково-практичне видання]. 2022;4:70–6. DOI: 10.52705/2788-6190-2022-04-8

19. Salmanov AG, Terekhov VA, Kutytska TV, Voloshynovych NS. Surgical site infection after laparoscopic hysterectomy for benign gynecological disease in Ukraine. Wiad Lek. 2022;75(1 p.2):251–8. DOI: 10.36740/WLek202201218 *(Здобувачу належить ідея, збір матеріалу, обробка даних)*

20. Salmanov AG, Terekhov VA, Voloshynovych NS, Hrynchuk OB, Rud VO, Kolesnik AV. Healthcare-associated tubo-ovairian infectious in Ukraine: Results of A Multicenter Study (2020-2022). Wiad Lek. 2022;75(8 p.2):2003–9. DOI: 10.36740/WLek202208211 *(Здобувачу належить ідея, збір матеріалу, обробка даних)*

21. Salmanov AG, Terekhov VA, Nagirniak S, Hafiichuk M. Infections associated with obstetric and gynecological surgeries as a cause of female infertility in Ukraine. Wiad Lek. 2022:75(7):1634–41. DOI: 10.36740/WLek202207104 *(Здобувачу належить ідея, збір матеріалу, обробка даних)*

Видання, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації

22. Терехов ВА. Позаматкова вагітність: сучасні медичні та соціальні аспекти. В: Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П. Л. Шупика: тези матеріалів науково-практичного семінару в форматі телемосту «Клінічні рекомендації в практиці акушера-гінеколога» (20 лютого 2020 року, Київ-Дніпро-Кривий Ріг-Запоріжжя). 2020;37:142.

23. Терехов ВА. Трубна вагітність у жінок із різним репродуктивним анамнезом. В: Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені

П. Л. Шупика: тези матеріалів науково-практичного семінару в форматі телемосту «Клінічні рекомендації в практиці акушера-гінеколога» (12 березня 2020 року, Київ-Тернопіль-Хмельницький). 2020;38:114.

24. Терехов ВА. Індивідуалізований підхід до діагностики ургентних гнійно-запальних захворювань органів малого таза. В: Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П. Л. Шупика: тези матеріалів науково-практичної школи-семінару в форматі телемосту «Клінічні рекомендації в практиці акушера-гінеколога» (17 вересня 2020 року, Івано-Франківськ-Чернівці-Ужгород). 2020;39:110.

25. Терехов ВА. Сучасні ризики гінекологічних ендоскопічних операцій. В: Перинатологія та репродуктологія: від наукових досягнень до практики [Електронне науково-практичне видання НУОЗ України імені П.Л. Шупика]: тези науково-практичної фахової школи-семінару з онлайн трансляцією «Клінічні рекомендації в практиці акушера-гінеколога» (24 лютого 2021 року, Дніпро-Запоріжжя). 2021;1:90.

26. Терехов ВА. Тазові перитонеальні спайки у гінекологічних хворих. В: Перинатологія та репродуктологія: від наукових досягнень до практики [Електронне науково-практичне видання НУОЗ України імені П.Л. Шупика]: тези науково-практичної фахової школи-семінару з онлайн-трансляцією «Клінічні рекомендації в практиці акушера-гінеколога» (22 квітня 2021 року, Київ-Вінниця-Житомир). 2021;2:76–7.

ЗМІСТ

Стор.

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ 20

ВСТУП 21

РОЗДІЛ 1

АНАЛІЗ СУЧАСНОГО СТАНУ МЕТОДІВ ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКИ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ У ЖІНОК З ГЕНІТАЛЬНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ З ВИКОРИСТАННЯМ СУЧАСНИХ ЕНДОСКОПІЧНИХ ТЕХНОЛОГІЙ 27

1.1 Порівняльна характеристика методів хірургічного лікування гінекологічних хворих 27

1.2 Органозберігаючі операції при гострих запальних захворюваннях придатків матки 43

1.3 Порушення гемостазу в гінекологічних хворих 53

РОЗДІЛ 2

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ 60

2.1 Перший етап досліджень 60

2.1.1 Загальна характеристика хворих 60

2.1.2 Методи досліджень 63

2.2. Другий етап досліджень 64

2.2.1 Клінічна характеристика 64

2.2.2 Методи обстеження 76

2.3 Третій етап досліджень 78

2.3.1 Клінічна характеристика хворих 78

2.3.2 Методи дослідження 84

РОЗДІЛ 3

ДИФЕРЕНЦІЙОВАНИЙ ПІДХІД ДО ВИБОРУ МЕТОДІВ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ГІНЕКОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ 87

3.1 Порівняльні аспекти різних хірургічних доступів при лікуванні доброякісних пухлин яєчників 87
3.2 Порівняльні аспекти різних хірургічних доступів при органозберігаючих операціях 94
3.3 Використання сучасних технологій гінекологічних операцій 101
3.4 Порівняльні аспекти різних доступів при гінекологічному пролапсі..... 107
3.5 Оцінка якості жінок після різних гінекологічних операцій 117
РОЗДІЛ 4
ОРГАНОЗБЕРІГАЮЧІ ОПЕРАЦІЇ ПРИ ГОСТРИХ ГНІЙНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ ПРИДАТКІВ МАТКИ..... 125
4.1 Найближчі результати органозберігаючих операцій..... 125
4.2 Віддалені наслідки органозберігаючих операцій 144
РОЗДІЛ 5
ПРОФІЛАКТИКА ГЕМОСТАЗІОЛОГІЧНИХ ПОРУШЕНЬ В ЖІНОК, ПРООПЕРОВАНІХ З ПРИВОДУ ГНІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ОРГАНІВ МАЛОГО ТАЗА 165
5.1 Основні клінічні і лабораторні критерії ГЗОМТ 165
5.2 Особливості гемостазіологічних порушень у хворих із ГЗОМТ 176
5.3 Корекція гемостіологічних порушень 186
РОЗДІЛ 6
АНАЛІЗ ТА ОБГОВОРЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ..... 196
ВИСНОВКИ..... 244
ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ 247
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ 249
ДОДАТКИ..... 278

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

АДФ – аденозіндіфосфат

АНКА – аніонні цитоплазматичні антигени нейтрофілів

АЧТЧ – активований час рекальцифікації

ВМК – внутрішньоматкова контрацепція

ГГЗДМ – гострі гнійні захворювання придатків матки

ГЗОМТ – гнійне запалення органів малого таза

ЕКЗ – екстракорпоральне запліднення

ГЕ – гістеректомія

ЛІІ – лейкоцитарний індекс інтоксикації

ЛС – лапароскопія

ЛТ – лапаротомія

МЦ – менструальний цикл

ПЛР – полімеразна ланцюгова реакція

ЦК – цервікальний канал

ШМ – шийка матки

ШОЕ – швидкість осідання еритроцитів

ВСТУП

Актуальність проблеми

У даний час проблема оперативного лікування різних варіантів генітальної патології (гіперпластичні процеси, пролапс, ускладнені форми запальних процесів) є однією з найбільш актуальних в сучасній гінекології [26, 125]. Незважаючи на впровадження у медичну практику нових ендоскопічних технологій, ефективність оперативного лікування гінекологічних захворювань нерідко залишається невисокою, а ефективність профілактичних та реабілітаційних заходів є недостатньою [20, 133].

Упровадження в клінічну практику сучасних ендоскопічних технологій підвищило ефективність лікування різних форм генітальної патології, але саме тактика окремих етапів операцій та профілактика інфекційних та тромбогеморагічних ускладнень викликає певні складності [75, 142].

В умовах сьогодення проблема ендоскопічного лікування різних варіантів гінекологічних захворювань досить широко обговорюється на всіх рівнях охорони здоров'я. Разом з тим, існує ще низка остаточно не вирішених моментів: можливості використання ендоскопічних та вагінальних етапів, роль динамічної лапароскопії, корекція гемостазіологічних порушень тощо.

Отже, в даний час проблема оперативного лікування генітальної патології вирішена не повністю, що диктує необхідність проведення досліджень в даному науковому напрямку.

Зв’язок роботи з науковими програмами, планами, темами

Виконана науково-дослідна робота є фрагментом наукової роботи кафедри акушерства, гінекології та планування сім’ї Медичного університету Сумського державного університету МОН України «Оптимізація так-

тики ведення пацієнток з порушенням репродуктивного здоров'я», номер державної реєстрації 0121U14162, термін виконання 2021-2026 роки.

Мета і завдання дослідження

Мета наукової роботи – підвищити ефективність оперативного лікування доброякісних та запальних новоутворень геніталій, а також знизити частоту післяопераційних ускладнень на основі удосконалення тактики використання сучасних ендоскопічних технологій та лікувально-профілактичних заходів.

Для вирішення поставленої мети були визначені наступні **завдання.**

1. Визначити структуру оперативного лікування доброякісних новоутворень матки та придатків з використання сучасних ендоскопічних технологій.

2. З'ясувати структуру різних доступів для проведення гістеректомії.

3. Показати вплив оперативного лікування різних варіантів генітальної патології на різні показники якості життя.

4. Представити структуру ускладнених форм запальних процесів органів малого таза, які потребують оперативного втручання.

5. Дослідити частоту, показання та ефективність динамічної лапароскопії у жінок з ускладненими запальними процесами органів малого таза.

6. Визначити різні варіанти обсягу оперативного втручання у жінок з ускладненими формами запальних процесів органів малого таза.

7. З'ясувати особливості порушень у плазмовій та судинно-тромбоцитарній ланці гемостазу у жінок з ускладненими формами запальних процесів органів малого таза.

8. Показати роль аутоімунної компоненти ускладнених форм запальних процесів органів малого таза.

9. Удосконалити та показати ефективність тактики сучасних ендоскопічних технологій та профілактики післяопераційних ускладнень у жінок з різними варіантами генітальної патології.

Об'єкт дослідження: перебіг післяопераційного періоду.

Предмет дослідження: клінічний перебіг доопераційного та раннього і віддаленого періодів післяоперативного лікування різних варіантів генітальної патології.

Методи дослідження: клінічні, інструментальні, біохімічні, функціональні, мікробіологічні, морфологічні та статистичні.

Наукова новизна одержаних результатів

Проведено науковий аналіз частоти та структури різних доступів оперативних втручань при основних варіантах генітальної патології (гіперпластичні та запальні процеси, пролапс) у жінок різного віку. Показано, що сучасні ендоскопічні технології необхідно використовувати у більшості випадків або доповнювати лапароскопічні втручання вагінальним етапом операції.

Науково новим є встановлення ролі динамічної лапароскопії у підвищенні ефективності органозберігаючих операцій при ускладнених формах запальних процесів органів малого таза.

Вперше показана роль атуоімунної компоненти у ґенезі ускладнених форм запальних процесів органів малого таза.

Встановлено зміни якості життя до- та післяоперативного періодів лікування різних форм генітальної патології та їх взаємозв'язок з обсягом операцій і наявністю післяопераційних ускладнень.

Показано особливості змін плазмової та судинно-тромбоцитарної ланки гемостазу у жінок з ускладненими формами запальних процесів органів малого таза.

На підставі отриманих даних науково обґрунтовано необхідність удосконалення тактики оперативних втручань та алгоритму лікувально-профілактичних заходів у жінок після оперативного лікування різних варіантів генітальної патології з метою підвищення ефективності лікування та зниження рівня післяопераційних ускладнень.

Практична значущість роботи

Удосконалено методику ушивання черевної порожнини та вагінальної гістеректомії при використанні сучасних ендоскопічних технологій у жінок з міомою матки та пролапсом. Це дозволило підвищити якість оперативного лікування та знизити частоту порушень репродуктивного здоров'я в післяопераційному періоді.

Запропоновано основні принципи техніки вагінальної гістеректомії при міомі матки великих розмірів, що забезпечує зниження частоти інтра- та післяопераційних ускладнень.

Удосконалено методику для лікування стресового нетримання сечі у жінок на підставі індивідуального підбору місця для проведення сітчастого протеза із подальшим введенням провідника разом із сітчастим протезом.

Представлено показання та особливості проведення динамічної лапароскопії при проведенні органозберігаючих операції у жінок з ускладненими формами запальних процесів органів малого таза.

Запропоновано тактику корекції гемостазіологічних порушень у жінок з ускладненими формами запальних процесів органів малого таза на підставі використання специфічних та неспецифічні засобів.

Удосконалено алгоритм тактики оперативних втручань та лікувально-профілактичних заходів в жінок з різними варіантами генітальної патології, що дозволило підвищити ефективність лікування та знизити частоту післяопераційних ускладнень.

Особистий внесок здобувача

Отримані дані є результатом самостійної роботи дисертанта. Автором самостійно проаналізовано наукову літературу та патентну інформацію з проблеми оперативного лікування генітальної патології.

Розроблено спеціальні програми спостережень, до яких відноситься карта з детальним визначенням основних клінічних особливостей перебігу

пубертатного періодів, вагітності, пологів і стану новонароджених. На І етапі досліджень виконана оцінка ефективності вживання малоінвазивних доступів в хірургічному лікуванні гінекологічних захворювань у 902 хворих, яких прооперовано нами в період з 2019 по 2022 роки. З них 631 хворим було виконано операції малоінвазивними доступами (підгрупа 1.1), а 271 – традиційними методами (підгрупа 1.2). На ІІ етапі досліджень проведений ретро- і проспективний аналіз історій хвороб 210 пацієнток, яких було прооперовано з приводу гострих гнійних запальних захворювань придатків матки із застосуванням органозберігаючих методик лікування, з них 180 прооперовані лапароскопічним доступом (2 основна група в нашому дослідженні), у 30 спостережуваних, що увійшли до 2 групи порівняння, застосовувався лапаротомічний доступ. На ІІІ етапі були обстежені 123 пацієнтки з хронічним гнійним запаленням органів малого таза – 3 група. На кожному етапі була відповідна контрольна група.

Дослідження включали інструментальні, функціональні, лабораторні та статистичні методи.

Особисто дисертантом проведено статистичний аналіз результатів дослідження, написано всі розділи дисертації, сформульовано висновки та практичні рекомендації, забезпечено їх впровадження в медичну практику та відображено отримані результати в опублікованих роботах.

Апробація результатів дисертації

Основні положення роботи доповідалися та обговорювалися на науково-практичних семінарах в форматі телемосту «Клінічні рекомендації в практиці акушера-гінеколога» (20 лютого 2020 року, Київ-Дніпро-Кривий Ріг-Запоріжжя; 12 березня 2020 року, Київ-Тернопіль-Хмельницький; 17 вересня 2020 року, Івано-Франківськ-Чернівці-Ужгород) та науково-практичних фахових школах-семінарах з онлайн трансляцією «Клінічні рекомендації в практиці акушера-гінеколога» (24 лютого 2021 року Дніпро-Запоріжжя; 22 квітня 2021 року, Київ-Вінниця-Житомир).

Дисертаційну роботу апробовано на спільному засіданні профільних кафедр Медичного інституту Сумського державного університету та Національного університету охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика.

Результати дослідження використовуються в практичній роботі КНП «Клінічний пологовий будинок Пресвятої Діви Марії», м. Суми.

Публікації

За темою дисертації опубліковано 26 робіт, з яких 21 стаття в наукових провідних фахових журналах та збірниках, з них 5 – у виданнях, індексованих у базі даних Scopus, 5 тез на науково-практичних конференціях, симпозіумах та семінарах.

Обсяг та структура дисертації

Дисертація викладена на 281 сторінці друкованого тексту (основний текст – 248 сторінок, список використаних джерел – 29 сторінок), складається з анотації, вступу, аналізу сучасного стану методів оперативного лікування та профілактики післяопераційних ускладнень у жінок з генітальною патологією з використанням сучасних ендоскопічних технологій, розділу матеріалів та методів дослідження, трьох розділів власних досліджень, аналізу та узагальнення результатів; висновків і практичних рекомендацій. Список використаних джерел включає 274 джерела, з яких 123 – кирилицею і 151 – латиною. Робота ілюстрована 47 таблицями.

РОЗДІЛ 1
АНАЛІЗ СУЧАСНОГО СТАНУ МЕТОДІВ ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКИ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ У ЖІНОК З ГЕНІТАЛЬНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ З ВИКОРИСТАННЯМ СУЧАСНИХ ЕНДОСКОПІЧНИХ ТЕХНОЛОГІЙ

1.1 Порівняльна характеристика методів хірургічного лікування гінекологічних хворих

Методи хірургічного лікування гінекологічних хворих традиційно підрозділяють на радикальні, напіврадикальні, консервативні, напівконсервативні, реконструктивно-пластичні. При радикальних втручаннях жінка втрачає і менструальну, і репродуктивну функції. До напіврадикальних (напівконсервативних) операцій відносять часткову резекцію матки (дефундація, висока ампутація), в ході цих хірургічних втручань жінка втрачає репродуктивну функцію, але зберігає менструальну. Консервативні операції відрізняються тим, що при них зберігаються обидві функції [20, 75, 84, 121, 140].

Якщо при оперативному лікуванні жінок у віці до 40 років зусилля хірургів спрямовані на збереження органу і специфічних функцій репродуктивної системи, то в перименопаузальному періоді, коли частіше виявляють міому матки, виникає необхідність вибору між надпіхвовою ампутацією й екстирпацією матки, що передусім пов'язано з онкологічною настороженістю [54, 58, 249]. На думку А.М. Дубоссарської (2017), серед клінічних симптомів міоми особливу онкологічну настороженість викликають швидке зростання пухлини (відмічене клінічно і за даними УЗД) та ациклічні кровотечі [40]. Вік є універсальним чинником ризику для хворих на міому матки, оскільки небезпека розвитку злоякісних новоутворень зростає в пре- і постменопаузі [7, 14, 161, 203, 209, 249].

При виборі методу оперативного втручання на матці (радикальний або реконструктивно-пластичний) разом з віком вирішальну роль відіграє наявність супутньої патології, оскільки при реконструктивних операціях не виключена можливість рецидиву захворювання, а супутня патологія нерідко не піддається консервативній терапії. Жінкам молодого віку з нереалізованою репродуктивною функцією частіше виконують реконструктивну операцію, при цьому їх попереджають про можливість рецидиву захворювання [53, 109, 169].

Питання щодо видалення або збереження шийки матки, з точки зору онкологічних, урологічних і психологічних позицій, дуже важливе. На думку ряду радикальних хірургів, здорову шийку матки в деяких випадках також необхідно видаляти. У Великій Британії субтотальну гістеретомію на практиці застосовують рідко і тільки за спеціальними показаннями. За даними M.P. Vessey та співавторів (2019), з 2000 гістеректомій тільки 0,7% були субтотальними [262]. Співвідношення між оперативними втручаннями різного об'єму (тотальна і субтотальна гістеректомія), за даними різних авторів, коливається в досить широких межах: від 79 і 21% до 99,3 і 0,7% відповідно [109, 212, 222, 262]. Це, передусім, можна пояснити онкологічною настороженістю, тобто ризиком можливості виникнення новоутворень у збережених відділах статевої системи, що служить передумовою для розширення об'єму гістеректомії. За даними M.P. Vessey та співавторів (2019), найбільшу кількість операцій виконують з приводу міоми (38%) і менструальних порушень (35%), які не супроводжуються змінами шийки матки; з приводу опущення і випадіння матки (6%), онкологічних захворювань (6%), хронічних цервіцитів, абдомінальних болів та ендометріозу – приблизно 8% [262].

Важливим в проблемі запобігання бластоматозного процесу в куксі шийки матки є розробка методів доопераційної діагностики і після-

операційного спостереження за станом шийки матки [84, 190, 196, 241, 253].

Залишається дискусійним також питання щодо доцільності збереження яєчників у жінок пізнього репродуктивного і перименопаузального віку у зв'язку з можливістю виникнення в залишених придатках різних доброякісних і злоякісних змін, що зазначають як «синдром залишених яєчників». Неоднозначним є й відношення до вибору доступу для оваріо- чи аднексектомії при виконанні гістеректомії [85, 201, 208].

За результатами ретроспективного аналізу повторних операцій з приводу пухлинних утворень придатків матки частота виявлення раку яєчників у віддалені терміни після гістеректомії сягає 7,1%. За даними H. Fernandes та співавторів (2019), з 352 пацієнток з карциномою яєчників у 7,1% жінок раніше була виконана гістеректомія зі збереженням придатків з приводу доброякісної патології матки [162]. Виходячи з цього, автори дійшли висновку, що з 915 випадків раку яєчників, виявленого у раніше оперованих жінок, в 112 випадках його можна було уникнути, якби разом з гістеректомією їм була виконана оваріоектомія. Під час гістеректомії яєчники оглядають і, за необхідності, роблять їх біопсію. За відсутності оваріальної патології яєчники слід зберігати з метою запобігання розвитку «постоваріоектомічного синдрому», проте збереження придатків забезпечує тривалу підтримку фізіологічних гормональних впливів в організмі хворих і є дещо гарантією більш сприятливого перебігу перехідного періоду, запобігаючи виникненню ендокринних і психоемоційних зривів в найближчі й віддалені терміни після оперативного лікування [77, 85, 113, 183, 184, 263].

Дискусії відносно доступу для виконання гістеректомії тривають донині, ще й досі 70% гістеректомій в США, 88% у Великобританії і 95% в Швеції робиться абдомінальним доступом [217, 262]. Такий високий

відсоток абдомінальних гістеректомій пов'язаний, можливо, з економічними причинами, або з високими вимогами до оперативної техніки хірурга. До певного часу основною перевагою саме абдомінальної екстирпації матки є можливість виконання цієї операції за будь-яких досить складних умов.

Більшість оперуючих гінекологів розглядають наступні обставини як умови для виконання абдомінальної гістеректомії: розміри матки більше 12 тижнів; жінки з нереалізованою репродуктивною функцією за відсутності пролапсу геніталій; перенесені раніше операції на органах малого таза; супутня патологія органів малого таза (ендометріоз, злуковий процес); вузька піхва; малорухома матка з обмеженим доступом до маткових судин; необхідність видалення придатків матки; рак матки або яєчників; грубі аномалії розвитку органів малого таза [14, 44, 118, 140, 214, 272].

У більшості випадків, коли вагінальний доступ або доступ до маткових судин ускладнений і є обмеження рухливості матки, перевага може бути віддана лапароскопічній гістеректомії або лапароскопічно асистуємій вагінальній гістеректомії (ЛАВГ) [55, 129, 146]. Лапароскопія може бути також виконана при першій стадії раку ендометрія, яєчника і шийки матки [30, 65, 93, 141].

До речі, тривале використання лапаротомії виявило й велику кількість її недоліків. Це, в першу чергу, велика хірургічна агресивність, коли часто травма від доступу буває серйозніша за травму від безпосередньо самої операції. Внаслідок цього реєструється поганий косметичний ефект, триваліші терміни перебування в стаціонарі в післяопераційний період (7-14 днів), тривалі терміни реабілітації, висока частота післяопераційних ускладнень і наявність ускладнень пізнього післяопераційного періоду (спайкова хвороба, післяопераційні вентральні грижі, больовий синдром) [62, 75, 112, 186]. Слід враховувати відносно високу

смертність після абдомінальної гістеректомії, яка, за даними різних авторів, складає від 6,7 на 10 000 операцій в США до 8,6 на 10 000 в Німеччині [146, 191, 268, 272].

Зважаючи на такі безперечні переваги вагінальної гістеректомії, як менша крововтрата і невелика тривалість госпіталізації, менша інтенсивність післяопераційних болів, краще самопочуття пацієнтки після операції, швидке відновлення і повернення до нормальної активності, відсутність рубця на передній черевній стінці, багато хірургів стверджують, що до 70% гістеректомій могли бути виконані вагінальним доступом [27, 55, 155]. Дані R.C. Dicker та співавторів (2018) вказують на той факт, що частота ускладнень вагінальної гістеректомії на 70% нижче в порівнянні з лапаротомічною [155].

Безперечним кроком вперед у вирішенні цього питання стало впровадження в практику комбінованого (лапароскопічного і вагінального) доступу, який дозволяє справлятися з проблемами, нерозв'язними для кожного з доступів окремо, тобто при ізольованому їх застосуванні. ЛАВГ показана за наявності у хворих ендометріозу, спайкового процесу в малому тазі, захворювань придатків матки, після хірургічних втручань на органах малого таза, в тому числі у жінок з нереалізованою репродуктивною функцією [8, 55, 75, 120, 140].

Великі дослідження, проведені у кінці 70-х – початку 80-х років минулого століття з впровадження ендоскопічних методів діагностики і лікування в різних областях медицини, передусім в гінекології, показали, що значна кількість гінекологічних операцій може здійснюватися лапароскопічним доступом [44, 65, 123, 143, 191, 202, 272].

Одночасно у багатьох наукових центрах стали вивчати ступінь доцільності, ефективності й безпеки лапароскопічної гістеректомії. Нині накопичена значна кількість результатів ретро- і проспективних досліджень, які свідчать про те, що лапароскопічна гістеректомія дійсно є

доцільною, ефективною і безпечною альтернативою лапаротомічній, але не вагінальній гістеректомії [55, 5, 151, 200, 250, 251]. На думку Harry Reich, лікаря, який вперше виконав це втручання лапароскопічним доступом, «не повинні робитися непотрібні операції, зумовлені лише бажанням хірурга набути навичок в новій хірургічній техніці... лапароскопічна гістеректомія не показана в тих випадках, коли існує можливість виконання вагінальної гістеректомії» [224].

Останніми роками в літературі з'являється багато повідомлень про лапароскопічний доступ при проведенні гістеректомії [1, 75, 83, 269].

Лапароскопічна гістеректомія (ЛГ) має схожі з вагінальною гістеректомією переваги: низька травматизація, хороший косметичний ефект, знаходження в стаціонарі в післяопераційному періоді 3-5 днів, малі терміни реабілітації, низьку частоту післяопераційних ускладнень, майже повну відсутність ускладнень пізнього післяопераційного періоду. Проте, при виконанні лапароскопічної гістеректомії існує досить високий ризик інтраопераційних ускладнень – поранення сечоводів, сечового міхура, прямої кишки, судин [29, 47, 68, 75, 120, 149, 244, 264, 271]. Існують й протипоказання, що природно. Відносними протипоказаннями є великі розміри пухлини, онкологічні захворювання. Сучасних фахівців розвивають тактику виконання ЛГ в двох напрямах: велика частина гінекологів виконують ЛГ там, де можливим є виконання вагінальної гістеректомії (ВГ), інші виконують ЛГ, коли ВГ є неможливою. Проте необхідно відмітити, що ЛГ спочатку розглядалася і розглядається донині не як альтернатива вагінальної, а як альтернатива абдомінальної гістеректомії (АГ). Реальним успіхом розвитку ЛГ є виконання ВГ там, де її показано і можливо виконати. Впровадження ЛГ у повсякденну гінекологічну практику значно підвищує хірургічний рівень і здатність до виконання ВГ, що потенційно здатне замінити більшість абдомінальних гістеректомій вагінальними. Таким чином, роль ЛГ необхідно розглядати як заміщення лапаротомії, а не як альтернативу ВГ.

Впровадження в практику комбінованого (лапароскопічного і вагінального) доступу дозволяє вирішувати проблеми, нерозв'язні для кожного доступу при їх ізольованому застосуванні. ЛАВГ показана за наявності у хворих ендометріозу, спайкового процесу в малому тазі, захворювань придатків матки, міомах матки великих розмірів, після хірургічних втручань на органах малого таза, при недостатньому зведенні матки під час її мобілізації (в тому числі у жінок з нереалізованою репродуктивною функцією). Більшість хірургів, які виконують ЛАВГ, підключають лапароскопічний етап за відсутності достатнього досвіду й упевненості для виконання ВГ. Це можна констатувати як позитивний момент, оскільки в подібних випадках вдається уникнути абдомінальної гістеректомії і пов'язаних з нею проблем і вірогідних ускладнень [8, 38, 140, 149, 181, 244, 246].

Деякі дослідники відмічають, що після того, як в клінічну практику була впроваджена ЛАВГ, зареєстровано зниження кількості гістеректомій з використанням лапаротомного доступу з 45-51 до 24% [65, 172, 217]. В той же час доля ВГ не змінилася впродовж цього часу. Інші ретроспективні дослідження показали широке використання ЛГ (до 80%) у пацієнток з нереалізованою репродуктивною функцією попри те, що раніше це вважалося однією з основних умов, які рекомендують надати перевагу АГ [145, 146, 181]. В Австралії відмічено зниження кількості АГ з 70% до 57% одразу після широкого впровадження ЛАВГ в повсякденну практику приватних клінік [207].

ЛАВГ – це економічно вигідна операція у тому випадку, коли виконується багаторазовими інструментами без використання дорогих зшиваючих апаратів та інших одноразових лапароскопічних інструментів. Ця малоінвазивна операція може бути виконана гінекологами з різним професійним рівнем, та її широке застосування дозволяє значно понизити долю АГ в структурі гістеректомій.

Термін «лапароскопічна гістеректомія» включає багато різних складових частин, де лапароскопія використовується як один з етапів гістеректомії. Проте важливо враховувати, що всі ці операції мають істотні відмінності, і, відповідно, підрозділяються на різні типи. Існує наступна класифікація лапароскопічної гістеректомії: діагностична лапароскопія і вагінальна гістеректомія; лапароскопічно асистуєма вагінальна гістеректомія; власне лапароскопічна гістеректомія; тотальна лапароскопічна гістеректомія і лапароскопічна супрацервікальна гістеректомія [70, 75, 130, 142, 163].

Лапароскопія у поєднанні з вагінальною гістеректомію є, по суті, діагностичною процедурою, яка дозволяє вирішити питання щодо можливості виконання ВГ у ситуаціях, коли показання для ВГ сумнівні. Діагностична лапароскопія в даному випадку використовується також для контролю гемостазу після завершення ВГ [36, 115, 156, 163, 195].

ЛАВГ є вагінальною гістеректомією, яка виконується слідом за лапароскопічним адгезіолізисом, ексцизією вогнищ ендометріозу або аднексектомією. Цей термін використовується також у випадках, коли в процесі лапароскопії перетинаються маткові зв'язки (круглі маткові зв'язки, власні маткові або воронко-тазові зв'язки). Для цієї мети найчастіше використовується біполярна коагуляція. Лапароскопічний етап здійснюється безпосередньо перед виконанням вагінального доступу [75].

Лапароскопічна гістеректомія передбачає лігування маткових судин, включаючи обидві маткові артерії, з використанням електрокоагуляції, прошивання або степлювання [17, 225, 258]. Наступні кроки після лігування маткових судин можуть виконуватися вагінально або лапароскопічно (по ситуації), включаючи передню і задню кольпотомію, лігування кардинальних, крижово-маткових зв'язок, видалення матки (цілком або шляхом фрагментації), вагінальне ушивання куполу піхви [90]. Лапароскопічна ідентифікація сечоводів робиться за необхідності [75].

Усі етапи тотальної лапароскопічної гістеректомії, за винятком морцеляції і видалення матки, виконуються лапароскопічно. Купол піхви «закривається» шляхом накладення на нього ендошвів [14, 166, 169]. Тотальна лапароскопічна гістеректомія робиться тоді, коли виконання вагінальної гістеректомії могло б бути технічно складнішим або неможливим, тобто вона є більшою мірою альтернативою для абдомінальної гістеректомії, але й в меншій, для вагінальної гістеректомії.

Операція лапароскопічної супрацервікальної гістеректомії (ЛСГ) характеризується неповним видаленням матки, тобто видаленням тіла матки зі збереженням шийки матки [14, 75, 116]. Втім, сумнівним є питання щодо ролі шийки матки у збереженні підтримувального апарату тазового дна. Також дискутабельною є роль шийки матки в сексуальній функції жінок. Не існує переконливих даних про негативний вплив тотальної гістеректомії на сексуальну функцію [62, 226, 263].

Висловлювання відносно переваг субтотальної гістеректомії над тотальною базуються на тому, що збереження шийки матки з більшою вірогідністю сприяє зниженню ризику розвитку пролапсу статевих органів. Проте проведені численні дослідження не виявляють зв'язку між збереженням шийки матки і відсутністю пролапсу геніталій в майбутньому. Проте, дефект підтримувального апарату тазового дна, що утворився, вимагає відповідної хірургічної корекції. Це досягається шляхом виконання лапароскопічної або вагінальної реконструкції тазового дна. Для корекції пролапсу і стресового нетримання сечі використовуються різні хірургічні методики. До найбільш поширених методів лапароскопічної реконструкції тазового дна можна віднести апоневротическую вагінопексію, сакровагинопексию, лапароскопічну операцію Берча, для вагінальної реконструкції тазового дна частіше виконують передню і задню перинеорафію, леваторопластику, вагінопексію, операції з використанням різних слінгів [26, 154, 159, 216].

Лапароскопічна гістеректомія не рекомендується для хірургічного лікування пухлин малого таза, коли пухлина не може бути видалена інтактно через кольпотомічний отвір або має великі розміри, особливо у пацієнток в менопаузі. Загальний стан пацієнток може перешкоджати проведенню хірургічного лікування. У разі карциноми яєчника III ст. операція повинна виконуватися тільки абдомінальним доступом (за відсутності абсолютних протипоказань до хірургічного лікування) [12, 14, 85, 93, 132, 229].

Поза сумнівом, відносним протипоказанням для використання лапароскопічної хірургії в гінекології є випадки, за яких хірург з більшою гарантією міг би краще виконати лапаротомію. Проте, значна кількість операцій з приводу ендометріозу і більшість гістеректомій можуть бути виконані лапароскопічно. Важливим чинником в ухваленні рішення щодо виконання саме лапароскопії є наявність в анамнезі пацієнтки попередніх хірургічних втручань. Минулі операції з високою мірою вірогідності можуть стати причиною вираженого спайкового процесу, який здатний зробити подальші хірургічні втручання складнішими, особливо небезпечними в зв'язку з цим є операції з приводу поширеного ендометріозу і запальних захворювань внутрішніх статевих органів. Виражений спайковий процес здатний значно утруднити операцію і збільшити час її виконання. Втім, не потрібно забувати, що об'єм лапароскопічної операції завжди може бути розширений до лапаротомії [2, 26, 47, 122, 142, 167, 205].

Найбільш частим показанням до виконання лапароскопічної гістеректомії є симптомна міома матки. Перелік симптомів включає гіперменорею, що призводить до анемії, тазові болі, що призводять до депресії, порушення живлення міоматозних вузлів, порушення функції суміжних органів. У всіх цих випадках повинна робитися ЛГ, після якої знаходження хворої в стаціонарі становить від одної до трьох діб [5, 25, 58, 65, 169, 242, 265];

Іншим показанням до лапароскопічної гістеректомії є ендометріоз. Практично усі гістеректомії з приводу поширеного ендометріозу можуть бути виконані лапароскопічно і, при цьому, операція повинна включати видалення вогнищ ендометріозу. Супрацервікальна гістеректомія не може розглядатися як варіант радикального хірургічного лікування генітального ендометріозу, особливо за наявності ретроцервікального ендометріозу, оскільки вона не веде до усунення симптомів захворювання. У всіх цих випадках вогнища ендометріозу, зазвичай розташовані у фіброзно-м'язових тканинах, мають бути видалені. У жінок, які хочуть зберегти репродуктивну функцію, вогнища ендометріозу можуть бути видалені, а матка і один, або обоє, яєчника збережені. У тих жінок, які не планують в майбутньому мати дітей, можливі кращі клінічні результати після радикальнішої операції (гістеректомії та видалення вогнищ ендометріозу), оскільки за допомогою гістеректомії можливе видалення внутрішньоматково розташованих вогнищ ендометріозу (аденоміозу). Ректовагінальні вогнища ендометріозу вимагають радикальної резекції уражених ендометріозом тканин і можуть зажадати навіть резекції ураженої ендометріозом ділянки кишки. Питання щодо резекції кишки розглядається, коли є ендометроїдне проростання стінки кишки. Це втручання в майбутньому може стати причиною розвитку стриктур кишки. Проте, у більшості випадків, якщо резекція ураженої ділянки кишки не була виконана при першій операції, з високою мірою вірогідності матиме місце в майбутньому [8, 60, 71, 140, 149].

Гіперменорея – дуже часте показання до гістеректомії. Більшість таких випадків, що зазвичай характеризуються невеликими розмірами матки, можуть бути виконані вагінальним доступом. Якщо ж за якихось обставин ВГ виключається, то можливо виконати ЛГ або ЛСГ [27, 33, 55, 120, 215].

Найбільш частими ускладненнями при гістеректомії є травми сечового міхура, перев'язування і перетин сечоводів [5, 162]. Одна з причин

розбіжностей відносно об'єму гістеректомії (тотальна або субтотальна) має безпосередній зв'язок саме з цими побоюваннями ускладнень при тотальній абдомінальній (лапаротомній і лапароскопічній) гістеректомії. Частота поранень сечового міхура приблизно однакова при усіх оперативних доступах (вагінальний, лапаротомний, лапароскопічний) і складає 1,0-1,4%, частота поранення сечоводів значно вище при абдомінальному доступі (0,2-0,3%), ніж при вагінальному (до 0,1%) [197]. Крім того, поранення сечоводів можуть бути не розпізнані в ході операції, що веде до утворення свищів, сечових набряків, до гідронефротичних змін, загибелі ниркової паренхіми і розвитку перитоніту. Поранення найчастіше відбуваються на технічно найбільш важких етапах тотальної гістеректомії: лігуванні маткових судин і перетині кардинальних зв'язок. Супрацервікальна гістеректомія (субтотальна гістеректомія, надпіхвова ампутація матки), тобто технічно простіше втручання, зводить частоту поранень сечоводів практично до нуля [150, 174].

У процесі виконання ЛГ ускладнення можуть виникати з анестезіологічних причин, бути респіраторного, тромбоемболічного характеру, і власне в процесі виконання хірургічних маніпуляцій – такі як, поранення судин, сечоводів, сечового міхура і кишки, а так само бути викликані інфекцією, особливо внутрішньопіхвовою [67, 117, 173, 192, 251].

Із впровадженням в повсякденну практику попередження післяопераційних ускладнень передопераційним введенням антибіотиків такі ускладнення, як абсцеси кукси піхви, тромбофлебіт, тазові целюліти, абсцеси малого таза стали зустрічатися досить рідко. У післяопераційному періоді одним з ускладнень є ранова інфекція, яка виникає в 5-11% випадків (незважаючи на антибіотикопрофілактику). Як показали результати порівняльного аналізу, ранову інфекцію і розвиток гематоми спостерігають значно рідше після надпіхвової ампутації матки (1,3 і 0,7% відповідно), ніж після її екстирпації – 3,0 і 7,4% відповідно [212]. Грануляція у вагінальних зведеннях не зустрічається при надпіхвовій

ампутації матки, але реєструється в 21% випадків після екстирпації матки лапаротомним доступом, навіть за умови застосування хорошого шовного матеріалу [47, 75, 191, 200, 256].

Сьогодні все частіше при проведенні хірургічного лікування міоми матки перевага надається органозберігаючим операціям. Попри те, що через десять років після операції міомектомії рецидив міоми матки становить до 27% випадків, бажання хворої зберегти матку, а разом з нею і репродуктивну функцію, диктує оперуючим хірургам необхідність оптимізації й удосконалення існуючих методів лікування з урахуванням патогенетичних особливостей міоми матки [1, 5,58, 63, 146, 204, 265]. До органозберігаючих хірургічних методів лікування міоми матки відносяться: міомектомія (лапаротомним, лапароскопічним, вагінальним і комбінованим доступом), міоліз, емболізація маткових артерій, гістероскопічна резекція [75, 121, 140, 147, 169].

Традиційним доступом для міомектомії є лапаротомний з використанням сучасних ендоскопічних технологій. Він має свої переваги (відмінна візуалізація, можливість гемостазу, висока ефективність), а також недоліки (відносна травматичність доступу, формування спайкового процесу в післяопераційному періоді, велика тривалість лікування в стаціонарі). Як вже вказувалося, істотними перевагами лапароскопічного доступу є мінімально інвазивний доступ, короткий термін перебування в стаціонарі і швидке відновлення. До недоліків можна віднести необхідність наявності спеціальних навичок для виконання операції, тривалий час операції, загрозу формування спайкового процесу в післяопераційному періоді [60, 126, 174, 266].

Показання і протипоказання до міомектомії і сьогодні є предметом обговорення. При плануванні і виконанні міомектомії важливими орієнтирами слугують ризик втрати репродуктивної функції і бажання пацієнтки зберегти матку. Загальноприйняті показання до міомектомії:

вторинне безпліддя; безпліддя з наявністю в анамнезі мимовільних пізніх викиднів; вказівка в анамнезі на збереження вагітності у жінок з анемією, викликаною гіперменореєю; наявність пухлини великих розмірів. Виконання міомектомії у жінок, що піддаються лапароскопії з приводу безпліддя, викликаного можливо іншими причинами, – важливе питання, оскільки видалення фіброматозного вузла може не усунути якоїсь істотнішої перешкоди для настання вагітності. Так, більшість лейоматозних вузлів самі по собі не є перешкодою для настання вагітності і пологів, а виконання міомектомії не завжди чинить виражений вплив у вигляді покращення фертильної функції [33, 51, 59, 63, 135, 160, 171]. Застосування міомектомії у випадках фіброміоми безсимптомного перебігу, які не деформують порожнину матки і не зачіпають проксимального відділу маткової труби, відповідно до результатів проведених досліджень не рекомендується.

Серйозною проблемою, що призводить до невдачі при виконанні лапароскопічної міомектомії, є високий ризик інтраопераційної кровотечі, тому виконання такої операції вимагає від хірурга достатніх знань з питань використання електрохірургічної і лазерної техніки для виконання десекції та гемостазу, оскільки нижній матковий сегмент недоступний для зниження величини інтраопераційної крововтрати. У багатьох випадках для спрощення техніки операції і зниження ризику ускладнень можливо комбінувати лапароскопічний доступ з виконанням мінілапаротомії. Лапароскопічний доступ дозволяє виконати хорошу ревізію органів черевної порожнини, а мінілапаротомія – пальцьове обстеження матки з метою ідентифікації дрібних фіброматозних вузлів. При цьому спрощується техніка ушивання рани матки порівняно з чисто лапароскопічним доступом [27, 28, 38, 96, 142].

Актуальною є також проблема опущення і випадання жіночих статевих органів, а також супутні їй функціональні порушення органів

малого таза (в першу чергу нетримання сечі при напрузі). Це підтверджується величезною кількістю різних хірургічних методик по корекції пролапсу геніталій, причому нові методики з'являються сьогодні постійно. Прогностично приблизно одна жінка з дев'яти, що мають вік до 80 років, буде прооперована з приводу пролапсу геніталій, причому в 30% випадків знадобляться повторні втручання [56, 120, 154, 159, 162, 216].

Останнім часом пролапс геніталій часто виявляється у пацієнток репродуктивного віку, починаючи з 28 років, і в 30% випадків – до 45 років [154, 190].

На сьогодні відомі понад 200 способів хірургічного лікування генітального пролапсу [159]. Традиційно більшість методик засновані на виконанні вагінальної гістеректомії у поєднанні з кольпоррафією або вагінальною сакроспінальною кольпопексією, проте віддалені результати найчастіше вживаних методик, які ґрунтуються на використанні місцевих тканин, часом не задовольняють ані хірургів, ані пацієнток. У той же час виконання вагінальної сакропексії вимагає досить високої кваліфікації хірурга, а тому не знайшло широкого поширення [91, 175]. Система обстеження пацієнток з опущенням і випаданням статевих органів постійно удосконалюється, що дозволяє правильніше виставляти показання і протипоказання до тієї або іншої операції і виконувати найбільш адекватний об'єм хірургічного лікування.

З розвитком лапароскопічних технологій були запропоновані і значно менш інвазивні модифікації операції Берча [193]. При суттєвому зменшенні операційної травми ефективність залишилася порівняною з результатами оригінальної операції. Проте вже сьогодні звучить думка про те, що лапароскопічна операція Берча (через лапароскопічний доступ з трьома або чотирма торакарними ранами, необхідності створення пневмоперитонеуму і використання загальної анестезії) не може вважа-

тися малоінвазивною порівняно із слінговими методиками [128]. Незадоволення результатами традиційних хірургічних методик зумовлює зростаючий інтерес до використання сучасних синтетичних матеріалів в реконструкції тазового дна.

Основними принципами лікування хворих з пролапсом жіночих статевих органів на сучасному етапі являються наступні: застосування малоінвазивних методик; обов'язкова корекція функціональних розладів; широке використання сучасних синтетичних матеріалів; одномоментна корекція усіх розладів [91, 92, 175].

У всі часи одним із завдань хірургів було зменшення травматичності операційного втручання, зокрема оперативного доступу до органів-мішеней. Розвиток техніки і технологій в XX столітті – поява мікровідеокамер, нових світлових джерел, оптоволоконної техніки, відеомоніторів – призвели до можливості створення, впровадження і розвитку ендовідеохірургічної технології. До теперішнього часу до 90% усіх оперативних втручань може бути виконано ендоскопічним методом і переваги хірургії малих доступів (ендовідеохірургії) не викликають сумнівів. В першу чергу, до них можна віднести відсутність великого післяопераційного рубця, робота при значному візуальному збільшенні операційного поля з елементами мікрохірургії, зниження інтенсивності больових відчуттів в післяопераційному періоді, відсутність післяопераційного парезу кишківника, значне зниження частоти ранніх і пізніх післяопераційних ускладнень, меншу імуносупресію, що особливо важливо в імунологічно компрометованих пацієнтів, зниження ризику післяопераційного спайкоутворення, зменшення термінів госпіталізації, трудової і соціальної реабілітації тощо [45, 80, 123, 201, 207, 223, 244].

Логічним продовженням розвитку технології стало створення в кінці минулого століття ультратонких інструментів та ендоскопів, функціонально аналогічних стандартним ендовідеохірургічним [142].

1.2 Органозберігаючі операції при гострих запальних захворюваннях придатків матки

Запальні процеси придатків матки впродовж багатьох років займають перше місце в структурі гінекологічних захворювань і є однією з головних причин порушення менструальної і репродуктивної функції, а також зниження працездатності жінок [40, 77, 122, 205, 230, 243].

Результати досліджень авторів свідчать про те, що кожна десята жінка страждає на запальні захворювання придатків матки в репродуктивному віці, причому у 9,5% діагностують гнійні ураження маткових труб і яєчників [81, 94, 218]. Гнійна інфекція характеризується тривалим, прогресуючим перебігом, схильністю до рецидивів і високою частотою поліорганних ускладнень [122, 158].

У численних дослідженнях було показано, що основним методом лікування гострих гнійних запальних захворювань придатків матки є хірургічне втручання [75, 111, 228, 254]. При цьому його об'єм залежить від ступеня ураження маткових труб і яєчників, а також матки, і варіює від мінімального (санація черевної порожнини, спорожнення гнійних утворень) до радикального (гістеректомія з видаленням придатків матки або маткових труб).

На сьогодні переважна більшість хворих на гострий сальпінгоофорит – жінки репродуктивного віку, що викликано, головним чином, збільшенням частоти інфекцій, що передаються статевим шляхом [61, 170, 232]. «Омолоджування» гнійних запальних тубооваріальних утворень зумовлює необхідність удосконалення методів хірургічного лікування цих хворих, спрямованого на збереження репродуктивної функції. Вирішення цієї задачі можливе за допомогою методів так званої малоінвазивної хірургії – «ультразвукової міні-хірургії» та оперативної лапароскопії, застосування яких дозволяє уникнути невиправданих агресивних операцій у молодих жінок з нереалізованою репродуктивною функцією [95, 209].

У основі діагностики гострого сальпінгоофориту лежать скарги хворої, дані анамнезу і перебігу захворювання, результати загального і гінекологічного обстеження. Клінічна діагностика гнійних запальних процесів придатків матки пов'язана з певними труднощами, зумовленими невідповідністю клінічної картини захворювання тяжкості деструктивних процесів у вогнищі запалення [41, 114, 165].

Згідно з даними багатьох дослідників, трансвагінальне ультразвукове дослідження на сьогодні є основним і провідним методом діагностики при формуванні тубооваріальних утворень [4, 134, 139, 144, 239]. Дані ультразвукового дослідження є інформативними при будь-яких формах гострих гнійних захворювань придатків матки (ГГЗПМ), проте більше показові за наявності об'ємних утворень придатків матки. Ехографічними ознаками гострого гнійного сальпінгіту є «розширені, потовщені, витягнуті маткові труби ретортоподібної форми, що характеризуються зниженням ехогенності, у кожної другої хворої в прямокишково-матковому поглибленні відзначається скупчення вільної рідини нерідко з дрібнодисперсною суспензією» [50, 189]. Ще однією ехографічною ознакою є наявність спайкового процесу в малому тазі [50, 120, 122, 253].

J.W. Sam та співавтори (2020) вивчили можливості комп'ютерної томографії в діагностиці запальних захворювань придатків матки і встановили, що порівняно з ультразвуковим скануванням комп'ютерна томографія забезпечує більш ранню діагностику запальних уражень маткових труб і яєчників [236]. Проте, незважаючи на високу інформативність комп'ютерної томографії, метод не отримав широкого поширення в практиці, що можна пояснити пріоритетом трансвагінальної ехографії як відносно простого й абсолютно нешкідливого методу, який не поступається за інформативністю більш дорожчому дослідженню. На думку багатьох авторів, використання трансвагінального ультразвукового сканування при запаленні маткових труб і яєчників дозволяє в най-

коротші терміни і з максимальною точністю встановити нозологічну форму патологічного процесу, оцінити ступінь анатомічних змін у вогнищі запалення, здійснити об'єктивний динамічний контроль за ефективністю консервативної терапії [50, 255, 270]. Специфічність трансвагінальної ехографії при гострому запаленні маткових труб і яєчників варіює в межах 76-95% [14, 124, 139].

Важливим напрямом ранньої діагностики й адекватного лікування гострих запальних захворювань органів малого таза є впровадження в клінічну практику, окрім високоінформативних ехографічних, ендоскопічних методів діагностики і лікування [36, 130, 156, 234]. Лапароскопія є найбільш точним інструментальним методом діагностики стану придатків матки. Ендоскопічна картина запалення не представляє будь-яких труднощів. Загальноприйнятими ендоскопічними ознаками захворювання є набряк і гіперемія маткових труб, серозний або гнійний ексудат в просвіті труб і/або черевної порожнини, фібринозні відкладення на очеревині [38, 60, 123, 206, 211, 221].

Лапароскопія надає неоціниму допомогу при диференціальній діагностиці гострого живота і виконанні лікувальних заходів, її слід застосовувати за відсутності ефекту від комплексної протизапальної терапії, що проводиться впродовж 24-48 годин у хворих з пельвіоперитонітом, при наростанні місцевих і загальних симптомів запалення, за неможливості виключити розрив гнійної тубооваріального утворення [111].

Пацієнткам з гострим сальпінгоофоритом діагностична лапароскопія показана при больовому синдромі на тлі консервативного лікування, за наявності збереження симптомів запалення тазової очеревини, вільної рідини в малому тазі, утворення піосальпінксів, виключення гострої хірургічної патології. Особливо часто існує необхідність проведення диференціальної діагностики між гострими гінекологічними і гострими хірургічними захворюваннями [20, 36, 170].

Відомо, що антибіотикотерапія є необхідним компонентом комплексного і повноцінного лікування запальних захворювань придатків матки. Однією з причин рецидивів гострого сальпінгоофорита є незавершений фагоцитоз, антибіотикостійкість резистентних штамів мікроорганізмів, яка може бути зумовлена тривалим застосуванням препарату одного ряду або групи антибіотиків. Тому потрібна активація неповноцінного функціонування імунної системи для посилення активності антибактеріальної терапії [78, 87, 138, 210, 231].

Останніми роками успішно застосовується метод ультразвукової міні-хірургії (інвазивної ехографії). Ультразвукова міні-хірургія (активне дренування патологічних утворень і структур за допомогою трансвагінального ультразвукового моніторингу) представляє найбільш простий, малоінвазивний і в той же час досить ефективний метод лікування хворих з гнійними запальними тубооваріальними утвореннями [93, 185, 238]. Як показали дослідження L. Lui та співавторів (2022), лікування пацієнток з гнійними запальними тубооваріальими утвореннями методом ультразвукової міні-хірургії характеризує не лише максимальна безпека, порівняно з іншими методами хірургічного втручання, але й мінімальний ризик утворення спайок в післяопераційному періоді, що, поза сумнівом, має важливе значення для відновлення і збереження репродуктивної функції жінок [194].

Ультразвукова міні-хірургія в гінекології дозволяє вирішити одночасно два завдання: встановити нозологічну приналежність об'ємних патологічних утворень внутрішніх статевих органів і зменшити кількість порожнинних операцій у молодих пацієнток, що важливо у збереженні репродуктивної функції, її можна розглядати як самостійний метод лікування в комплексі з адекватною антибактеріальною терапією, яка дозволяє уникнути радикального хірургічного втручання [77, 19, 181, 185, 255]. Застосування цієї методики дозволяє не лише забезпечити органо-

зберігаюче лікування, але й попередити перфорацію абсцесу та утворення гнійних свищів, швидко купірувати запалення і понизити інтоксикацію [42, 121, 140, 194].

На думку багатьох дослідників, в основі гнійних запальних змін придатків матки завжди лежить незворотний характер процесу, зумовлений не лише глибиною і тяжкістю морфологічних змін, але й функціональними порушеннями, що обумовлюють необхідність хірургічного втручання. Нині доцільність лапароскопії для лікування гострих запальних захворювань придатків матки у багатьох фахівців не викликає сумніву [34, 42, 43, 80, 94, 141, 151].

Впровадження в клінічну практику сучасних технологій дозволило переглянути традиційні методи хірургічного лікування хворих на ГГЗПМ [20, 43, 45, 228, 244, 245]. Згідно з думкою представників ряду європейських шкіл акушерів-гінекологів, лікування усіх форм гнійних запальних захворювань слід розпочинати з лапароскопії [26, 75, 94, 168, 225]. Проведення лапароскопії дозволяє активно санувати вогнища запалення придатків матки за рахунок розкриття піосальпінксов, евакуації фібрину, гною, розділення рихлих спайок, ретельного санування черевної порожнини [75, 143, 189].

До переваг лапароскопічного доступу в лікуванні гнійних процесів, локалізованих в малому тазі, С.Н. Завгородний та співавтори (2021) відносять кращу візуалізацію операційного поля, можливість покращення санації черевної порожнини і видалення найдрібніших часток ураженої запаленням тканини, мінімальну травматизацію передньої черевної стінки й очеревинного покриву, і практично безпечне розділення спайок [45].

Об'єм оперативного втручання при ГГЗПМ визначають індивідуально. При цьому необхідно враховувати наступні моменти: вік жінки, наявність дітей, бажання пацієнтки зберегти репродуктивну функцію, ступінь ураження (зміни) органів малого таза під впливом запального

процесу, досвід хірурга, технічну оснащеність операційної. Згідно з цими критеріями можна виділити два варіанти оперативної тактики: перший – органозберігаючий і другий – радикальний, спрямований на видалення змінених органів [28, 68, 5, 94, 152, 157, 228, 255, 259].

Ендоскопічна техніка при гнійних тубооваріальних утвореннях є комплексом маніпуляцій, спрямованих на евакуацію гнійного вмісту, ліквідацію спайкового процесу і відновлення анатомічних взаємовідносин між органами малого таза. Показання для оперативної лапароскопії при гострих запальних захворюваннях придатків матки: гнійний сальпінгіт; сальпінгіт і пельвіоперитоніт; піосальпінкс, гнійне тубооваріальне утворення при тривалості захворювання не більше двох-трьох тижнів [94, 123, 143, 188, 189, 191].

На думку П.О. Ситніка (2020), лапароскопічне дренування тазових абсцесів з подальшим розділенням спайок і видаленням некротичних тканин дозволяє захисним силам організму впоратися з інфекцією, забезпечити адекватність операції і зберегти, за можливості, репродуктивні органи [94].

Проте, згідно із даними С.Н. Завгороднього та співавторів (2021) і Вл.В. Подільського та співавторів (2019), лапароскопія з діагностичною і лікувальною метою показана хворим тільки з неускладненими формами гнійного запалення. У хворих з ускладненими формами лапароскопія може використовуватися обмежено і тільки в плані діагностики [45, 82].

Поліморфізм клінічної симптоматики, запізніла госпіталізація, відсутність системного підходу в оцінці тяжкості патологічного процесу утруднюють своєчасну діагностику, а, отже, і вибір раціонального лікування хворих із запальними захворюваннями придатків матки [18, 35].

З метою поліпшення результатів лікування, профілактики рецидиву патологічного утворення і подальшого формування спайок, а також збереження репродуктивної функції, застосовується пролонгована (дина-

мічна) лапароскопія [45, 94, 138, 252]. На думку авторів, переваги динамічної лапароскопії полягають не лише в можливості об'єктивно оцінити тяжкість стану пацієнта, але й у забезпечення контролю над адекватністю медикаментозної терапії. Особлива увага в літературі приділяється післяопераційному веденню хворих з ГГЗПМ, зокрема застосуванню різних ефективних комплексів терапії для відновленні фертильності жінок після проведеної операції [18, 35, 82, 152, 203].

Хороший клінічний ефект при запальних захворюваннях придатків матки отриманий при поєднанні лапароскопічних методів санації і регіонарної лімфотропної терапії [77, 88]. Для цього під час лапароскопії здійснюється лімфотропне введення антимікробного препарату в широку зв'язку матки. У післяопераційному періоді антибіотик вводиться лімфотропно під слизову оболонку піхви один раз на добу впродовж 5-7 днів. Лапароскопічний доступ із застосуванням динамічного лапароскопічного моніторингу у поєднанні з комплексними методами екстракорпоральної гемокорекції дозволяють виконати органозберігаючі операції у жінок репродуктивного віку [36, 41, 63, 157, 223, 248].

Традиційне оперативне втручання залишається основним методом лікування хворих з ускладненими формами гнійних запальних захворювань придатків матки. Нині хірурги-гінекологи вважають холодну фазу захворювання оптимальною для операції. Показаннями для екстреної операції є: перфорація абсцесу в черевну порожнину з розвитком розлитого перитоніту; перфорація абсцесу в сечовий міхур або її загроза; септичний шок; відсутність ефекту від консервативної терапії [20, 43, 157]. Об'єм оперативного втручання має бути максимально індивідуалізований з урахуванням тяжкості і поширеності запального процесу, наявності супутньої гінекологічної патології, можливого ризику виникнення різних гнійно-септичних ускладнень в післяопераційному періоді, проте у молодих жінок видалення матки і/або її придатків має бути швидше виключенням, ніж правилом [30, 52, 74, 79, 88, 94, 143, 169, 181].

Таким чином, нині розробка і впровадження нових методів лікування гострих запальних захворювань залишається однією з актуальних проблем в гінекології. Також дуже важливою проблемою є оцінка ефективності оперативного втручання при ГГЗПМ, вплив об'єму та якості хірургічного лікування на репродуктивне здоров'я і якість життя жінок після органозберігаючих операцій з приводу запальних захворювань придатків матки.

Особливий інтерес на сьогодні представляє оцінка якості життя пацієнток дітородного віку після хірургічних втручань на статевих органах. Негативні тенденції в динаміці показників, що характеризують репродуктивне здоров'я, зберігаються й нині. За цих умов вирішальною є роль заходів щодо збереження репродуктивного здоров'я хворих з гострими гінекологічними захворюваннями [52, 113, 194].

Запальні захворювання органів малого таза нерідко приймають хронічний характер, що несприятливо позначається на репродуктивній, сексуальній, менструальній функції жіночого організму, сприяє збереженню больового синдрому, розладам психічного, фізичного здоров'я, стійкій втраті працездатності [25, 113, 120, 125].

Для отримання об'єктивних результатів необхідно дотримуватися певної методики виявлення спайкового процесу, основними ехографічними ознаками якого в малому тазі є: потовщення зовнішнього контуру органу різної протяжності з посиленням ехо-сигналу, гіперехогенними лінійними утвореннями між різними структурами малого таза (септи). Наявність сером (серозоцеле) завжди свідчить про спайковий процес. Зміна топографії внутрішніх органів без наявності придаткових ознак спайкового процесу не може бути достовірною ознакою, зважаючи на велику кількість хибнопозитивних результатів. Оцінку ехографічної картини при спайковому процесі необхідно проводити тільки в режимі реального часу [120, 126, 134, 188, 195, 241, 266].

Таким чином, відсутність «золотого стандарту» доопераційної діагностики спайкового процесу визначає важливість комплексного обстеження хворого, коли на підставі даних декількох методик (анамнез, фізикальне обстеження, ультразвукове дослідження) надає можливість отримати інформацію щодо наявності спайкового процесу в черевній порожнині і малому тазі на доопераційному етапі [75, 94, 124, 148].

Аналіз віддалених результатів після ендоскопічного втручання при ГГЗПМ свідчить про суттєві переваги цього методу лікування [80, 143, 191, 272]. Згідно з даними А.А. Євсеєва та співавторів (2018), придатки матки вдалося зберегти у всіх оперованих хворих, прохідність маткових труб збережена у 34,4%, вагітність в подальшому настала у 25,2% жінок, рецидиви запального процесу спостерігалися у 5 хворих [42]. У дослідженні Вл.В. Подільського та співавторів (2019) було показано, що ендоскопічні операції у жінок з гострими запальними захворюваннями придатків матки в об'ємі санації черевної порожнини, розділення спайок сприяли поліпшенню сексуальної функції у частини хворих, оскільки ліквідовано основний симптом захворювання – біль. Навпаки, радикальні операції в об'ємі тубектомій, аднексектомій та ампутації матки з придатками або без них погіршили параметри сексуальної функції у 43,3% хворих [82]. Раннє ендохірургічне лікування ГГЗПМ в сукупності з реабілітаційними заходами, що включають фітотерапію, гінекологічний масаж і пелоїдотерапію, сприяли відновленню менструального циклу в терміни до двох років у 68,5% пацієнток, збереженню прохідності маткових труб у 34%, настанню вагітності у 10% жінок, що раніше страждали на безпліддя, при повній відсутності рецидивів захворювання [191].

Адекватний та якісний підхід має важливе значення в терапії гострих сальпінгоофоритів у молодих жінок, може попередити перехід захворювання в хроніку і розвиток ускладнень [41, 221, 272]. У зв'язку з цим, очевидною є необхідність реальної оцінки стану віддалених результатів

після органозберігаючих операцій з приводу запальних захворювань придатків матки і стандартизації підходів ведення пацієнток з ГГЗПМ, яка дозволить не лише зберегти репродуктивне здоров'я, але й забезпечити якісне надання медичної допомоги, ефективність лікувально-діагностичного процесу, підвищить якість життя жінок в післяопераційному періоді.

Проаналізувавши дані вітчизняної й іноземної літератури можна стверджувати, що в сучасній хірургії досить чітко простежуються дві тенденції: по-перше, максимально дбайливе відношення до органів людини (тобто виконання органозберігаючих операцій) і, по-друге, зменшення «травматичності» хірургічного доступу [63, 68, 94, 150]. У гінекології перша умова особливо важлива у жінок репродуктивного віку, зацікавлених у збереженні дітородної функції. Крім того, важлива роль відводиться такому чиннику, як збереження початкової «якості життя». Друга умова має на увазі дотримання як загальнохірургічних принципів (сприятливий перебіг післяопераційного періоду, зменшення тривалості операції, естетичність виконання тощо), так і аспектів репродуктивної хірургії – мінімальний ризик формування спайкового процесу в малому таі з метою збереження функції маткових труб. Сьогодні для вирішення цих проблем застосовуються методи «малоінвазивної» хірургії: оперативна лапароскопія, «ультразвукова міні-хірургія», так звана «відкрита» лапароскопія (міні-лапаротомія) [2, 12, 55, 65, 185, 194, 213].

Таким чином, в сучасній вітчизняній та іноземній медичній літературі недостатньо широко висвітлені питання віддалених результатів після хірургічного лікування з приводу гострих гнійних захворювань придатків матки. Дослідження віддалених результатів після органозберігаючих операцій з приводу запальних захворювань придатків матки, вивчення репродуктивного здоров'я, психоемоційного стану, якості життя жінок після хірургічного втручання дозволить й надалі удосконалювати тактику ведення пацієнток і зробить лікування хворих з цією патологією більш ефективним та адекватним.

1.3 Порушення гемостазу в гінекологічних хворих

При хронічних запальних процесах придатків матки відбувається розвиток аутоімунних реакцій, що призводять до подальшого формування патологічного процесу на новому рівні з включенням в патогенез компонентів аутоімунної відповіді [46, 39].

У 1984 році N. Jerae (Базельський інститут імунології) була присуджена Нобелівська премія за розробку й обґрунтування мережевої (ідіотип – антиідіотипічної) теорії регуляції імунітету. Згідно з одним із постулатів цієї теорії, імунна система здорової людини продукує антитіла (АТ) до будь-яких антигенів власного організму, тобто аутоантитіла (а-АТ). У 1980-1990 роках були отримані прямі експериментальні підтвердження присутності в кровотоці здорових осіб сотень природних (нормальних, фізіологічних) аутоантитіл до гормонів, рецепторів, ДНК, багатьох ферментів та інших ендогенних сполук. Ці антитіла синтезуються переважно CD5+ лімфоцитами, які постійно присутні в організмі здорової людини, і складовими 20-30% від загальної В-клітинної популяції. Відомо, що стан фізіологічної норми має на увазі певний діапазон концентрацій («золота середина») будь-яких регуляторних молекул, у тому числі аутоантитіл. Якщо зміст аутоантитіл в кровотоку виходить (і тривало зберігається) за допустимі межі, неминуче розвиваються патологічні зміни у вигляді або дисрегуляторних, або навіть морфологічно деструктивних аутоімунних процесів, або менш вивчених порушень загального гомеостазу, пов'язаних з недостатньою продукцією і секрецією певних видів фізіологічних аутоантитіл [41, 46, 244].

До імунних форм відносять тромбоз, зумовлений гепарин-індукованою тромбоцитопенією, форму імунного тромбозу, зумовленого аутоантитілами до чинника Віллебранда, а також тромбоз, пов'язаний з циркуляцією антифосфоліпідних антитіл при антифосфоліпідному синдромі. При усіх імунних тромбозах, незалежно від ґенезу, відбувається внутрішньосудинна агрегація тромбоцитів [64, 153, 220].

Проблема вивчення патогенезу, вдосконалення діагностики і терапії патологічних станів в акушерстві і гінекології, зумовлених циркуляцією в крові антифосфоліпідних антитіл і наявністю антифосфоліпідного синдрому, продовжують залишатися одними з актуальних в сучасному акушерстві і гінекології [64, 136, 137]. Порушення імунного гомеостазу при змішаній урогенітальній інфекції супроводжуються формуванням аутоімунних процесів, зумовлених циркуляцією антикоагулянта вовчакового типу (16,0%) і наявністю аутоантитіл до хоріонічного гонадотропіну людини (57,4%) [56, 220].

На жаль, незважаючи на усі досягнення клінічної фармакології й оперативної гінекології, лікування гнійних запальних захворювань малого таза залишається однією з актуальних проблем сучасної медицини [81, 94, 122, 219].

Перебіг гнійного процесу багато в чому визначається станом імунної системи, і в цьому напрямі нині проводяться дослідження з діагностики і корекції імунних та аутоімунних порушень [46, 82, 94].

Найбільш небезпечними в хірургічній і гінекологічній практиці залишаються тромботичні ускладнення. Найчастіше розвивається тромбоз підколінно-стегнового та ілеокавального венозних сегментів. На другому місці за частотою тромбоутворення знаходяться загальна клубова вена і протоки внутрішньої клубової вени. Пусковим механізмом тромбоутворення в цьому сегменті найчастіше слугує місцева гіперкоагуляція (запалення, інфільтрат або операція на органах малого таза) [13, 37, 89, 125].

На думку А.Д. Макацария та співавторів (2015), придатковими чинниками ризику тромботичних ускладнень можуть слугувати вік (старше 35 років), серцево-судинна патологія, ендокринні порушення, гестоз, захворювання нирок, гнійно-септичні захворювання [66]. Особливе місце серед чинників ризику тромбоемболічних ускладнень займають, як підкреслюють І.Є. Дзісь та співавтори (2019), гнійно-септичні процеси

в області малого таза, оскільки до патологічного процесу залучаються клубові, яєчникові, маткові вени, що може ускладнитися бактерійною легеневою емболією, при цьому підвищена концентрація високодисперсних білків плазми (зокрема, фібриногену) придатково опосередкує підвищену структурну гіперкоагуляцію [37]. Як зазначено у клінічному протоколі «Профілактика тромботичних ускладнень в хірургії, ортопедії і травматології, акушерстві та гінекології», до факторів підвищеного ризику належать вік понад 40 років, ожиріння (ІМТ > 30 кг/м^2), онкологічне захворювання, варикоз вен, наявність тромбозів та емболій в анамнезі, застосування естрогенів, порушення ритму серця, особливо миготлива аритмія, серцева недостатність, легенева недостатність, запальне захворювання кишківника, нефротичний синдром, мієлопроліферативний синдром, пароксизмальна нічна гемоглобинурія, куріння, наявність катетера в центральній вені, ідіопатична та набута тромбофілія [72].

Враховуючи велику різноманітність причин, здатних спровокувати патологічне тромбоутворення, очевидно, що у кожного пацієнта, який піддається хірургічному втручанню, існує загроза цього ускладнення [13, 75, 119, 237]. До 25-30% тромбів вражає глибокі вени, й ці тромби, з великою вірогідністю, можуть призвести до тромбоемболії легеневої артерії (ТЕЛА), яка є одним з найтяжчих тромботичних ускладнень [72].

Актуальність проблеми ТЕЛА зумовлюється не лише тяжкістю захворювання і високою летальністю, але й труднощами діагностики [13, 37, 72, 119, 125, 237]. У 66% випадків тромбоемболія гілок легеневої артерії не діагностується взагалі, і за життя діагноз ставиться тільки у 34% пацієнтів, навіть масивна легенева емболія прижиттєво не діагностується у 40-70% хворих, в той же час в 9% випадків має місце її псевдопозитивна діагностика [34, 119]. До чинників ризику розвитку ТЕЛА відносяться: тромбози глибоких вен нижніх кінцівок, літній вік, хірургічні втручання, травми, іммобілізація, ожиріння, прийом оральних

контрацептивів, гормональна замісна терапія, гепарин-індукована тромбоцитопенія, інсульт, серцева недостатність та інфекція [48, 89, 119, 240].

M. Rodger і P.S. Wells (2019) запропонували попередню бальну оцінку вірогідності ТЕЛА: наявність клінічних симптомів тромбозу глибоких вен кінцівок – 3 бали; вимушений постільний режим упродовж останніх 3-5 днів – 1,5 балу; ТЕЛА в анамнезі – 1,5 бали; кровохаркання – 1 бал; наявність онкопроцеса – 1 бал; при проведенні диференціальної діагностики ТЕЛА найбільш вірогідна – 3 бали. До низької вірогідності наявності ТЕЛА автори відносять пацієнток з сумою менше 2 балів, помірної – від 2 до 6 балів, високої – понад 6 балів. Частота ТЕЛА визначається тяжкістю основного і супутніх захворювань, віком, а також наявністю гнійних ускладнень. Найчастіше вона виникає після операцій на сечовому міхурі, передміхуровій залозі, матці, шлунку і товстій кишці. Клінічна семіотика ТЕЛА неспецифічна, оскільки схожі симптоми можуть спостерігатися при цілому ряді різних захворювань [227].

За клінічною симптоматикою виділяють три варіанти ТЕЛА [3, 72, 182, 240]: «інфарктна пневмонія« (відповідає тромбоемболії дрібних гілок легеневої артерії) – маніфестує гостро задишкою, що посилюється під час переходу пацієнта у вертикальне положення, кровохарканням, тахікардією, периферичними болями в грудній клітці (місце ураження легені) в результаті залучення до патологічного процесу плеври; «гостре легеневе серце« (відповідає тромбоемболії великих гілок легеневої артерії) – несподівано виникла задишка, кардіогенний шок або гіпотензія, загрудинний стенокардичний біль; «невмотивована задишка« (відповідає рецидивуючій ТЕЛА дрібних гілок) – епізоди, що виникли несподівано, які через деякий час можуть проявитися клінікою хронічного легеневого серця. ЕКГ-ознаки ТЕЛА – наявність гострого легеневого серця (синдром Мак Джин-Уайта), тобто ознаки перевантаження правих відділів серця. Рентгенологічна картина найбільш показова при інфарктній пневмонії,

але характерна картина спостерігається тільки в 37% випадків, відсутність рентгенологічних змін не виключає діагнозу емболії [72, 12].

Останніми роками в діагностиці венозних тромбоемболічних ускладнень істотно зросло значення ультразвукових методів дослідження. Ультразвукове сканування глибоких вен нижніх кінцівок дозволяє досить надійно судити про наявність тромбозу, при цьому вдається отримати інформацію про локалізацію, характер і протяжність тромботичної оклюзії венозного русла. Відносним недоліком можна вважати утруднення, які зустрічаються при дослідженні ілеокавального сегменту (вимагає часу для спеціальної підготовки кишківника) [3, 182].

Впродовж останніх 30 років профілактика венозних тромбозів і ТЕЛА за допомогою малих доз нефракціонованого гепарину, що вводиться в ділянку живота, стала класичною методологією, висока ефективність якої неодноразово підтверджувалася на десятках тисяч хворих у багатоцентрових рандомізованих дослідженнях. У нефракціонованих препаратах першого покоління під назвою «гепарин» переважають високомолекулярні фракції. Дія цих препаратів пов'язана з тим, що вони утворюють комплекс з антитромбіном III, що призводить до зростання здатності останнього інгібувати тромбін, чинник Хагемана, чинники IX, X, XI та ін. Останніми роками вона поступилася місцем ще більш ефективній і безпечній методиці профілактики тромбозів при тромбоемболії низькомолекулярними гепаринами, що відносяться до другого покоління препаратів групи гепарину [66, 131, 267, 273].

Останніми роками проведена велика кількість порівняльних досліджень за оцінкою ефективності, безпеки і зручності клінічного використання нефракційних і низькомолекулярних препаратів гепарину [3, 164, 187]. За даними J. Hirsh та співавторів (2019, 2021), при лікуванні венозного тромбозу низькомолекулярними гепаринами та оральними антикоагулянтами повторні венозні тромбоемболії відмічені в 0,8% випадків,

при лікуванні нефракційним препаратом і оральними антикоагулянтами – в 3,2% [177, 178]. Смертність в першому випадку становила 3,2%, у тому числі внаслідок тромбоемболії легеневої артерії – 0,1%, а в другому випадку – 5,9%, у тому числі внаслідок тромбоемболії легеневої артерії – 0,2%. Виражена кровоточивість склала при лікуванні низькомолекулярними гепаринами 3,0%, а нефракційними – 6,7%, мала кровоточивість в першому випадку склала 11,0%, в другому – 9,9%. Поліпшення показників венограм в першому випадку склало 65,3%, в другому – 52,0%. За даними F.J.J. Turpie (2019), смертність при лікуванні венозних тромбозів нефракційним гепарином складає 7,1%, а при лікуванні низькомолекулярним гепарином – 3,9% [260].

Відомо, що лікування гепаринами пов'язане з ризиком виникнення ряду ускладнень, в першу чергу, виникненням кровотеч. Кровотечі при гепаринотерапії пов'язані не лише з надмірною інгібіцією фибриноутворення, але й з тим, що на тлі цієї терапії розвивається тромбоцитопенія [22]. До переваг гепаринів з низькою молекулярною масою відноситься менша вірогідність розвитку тромбоцитопенії, лікування низькомолекулярними гепаринами не потребує такого ретельного лабораторного контролю, як лікування нефракційними препаратами [3].

В онкогінекологічних хворих з тромбозами в анамнезі і наявністю генетичних форм тромбофілії тривала післяопераційна антикоагулянтна профілактика низькомолекулярними гепаринами (не менше 6 тижнів) в 81% спостережень дозволяє істотно знизити рівень молекулярних маркерів тромбофілії і запобігти рецидиву тромбозу [22, 220].

* * *

Нині активно розробляються і впроваджуються нові, високотехнологічні і малоінвазивні методи хірургічного лікування гінекологічних захворювань, що зумовлює необхідність адекватної оцінки ефективності

цих методів лікування, їх впливу на репродуктивну функцію, якість життя пацієнток. Проте в сучасній літературі практично відсутні дані про найближчі і віддалені результати лікування хворих з гострими гнійними захворюваннями придатків матки залежно від методу лікування, оперативного доступу та об'єму операції. Таким чином, на сьогодні проблема оцінки найближчих і віддалених результатів після органозберігаючих операцій з приводу гострих гнійних запальних захворювань придатків матки є надзвичайно актуальною.

РОЗДІЛ 2
МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1 Перший етап досліджень

2.1.1 Загальна характеристика хворих. Основою роботи є клінічний аналіз історій хвороби 902 пацієнток (1 група) з різними гінекологічними захворюваннями: доброякісні новоутворення жіночих статевих органів, пролапс геніталій, безпліддя тощо, яким проведені хірургічні втручання з використанням малоінвазивних доступів.

Лапароскопічні операції виконувалися з використанням операційних відеоендоскопічних установок фірм «Stryker» (США), що включають телекамеру, відеопроцесор, монітор, автоматичний інсуфлятор вуглекислого газу, автоматичний освітлювач, систему іригації, аспірацію, електрохірургічний блок, відеомагнітофон.

Використовувалися операційні набори лапароскопічного інструментарію фірм «Karl Storz» (Німеччина).

Проведено оцінку ефективності вживання малоінвазивних доступів в хірургічному лікуванні гінекологічних захворювань у 902 хворих, що оперуються нами в період з 2013 по 2022 рік. З них 631 хворим було виконано операції малоінвазивними доступами (підгрупа 1.1), а 271 – традиційними методами (підгрупа 1.2).

Розподіл за віком пацієнток, прооперованих з виконанням малоінвазивних і традиційних доступів, наведено в таблиці 2.1. Із 271 операції, виконаних традиційними методами, було 110 лапаротомних гістеректомій, 86 лапаротомних міомектомій, 75 вагінальних гістеректомій з передньою і (або) задньою кольпорафією (без використання сітчастих імплантатів і лапароскопічних методів корекції при опущенні і випаданні статевих органів).

Таблиця 2.1

Розподіл хворих за віком

Вікова група, роки	Малоінвазивні доступи, n=631		Традиційні доступи, n=271	
	абс.	%	абс.	%
до 20	97	15,4	9	3,3
20-40	184	29,2	96	35,5
40-60	261	41,3	11	43,5
60 і більше	89	14,1	48	17,7

Середній вік хворих, яким була виконана лапаротомія і традиційні вагінальні гістеректомії, склав 45,2±0,7 року, тобто більше половини оперованих нами жінок відносяться до пізнього репродуктивного і перименопаузальному віку.

Природно, що більшість пацієнток мали супутню патологію, найчастішою з якої були захворювання серцево-судинної системи (табл. 2.2).

Таблиця 2.2

Характер супутніх захворювань оперованих пацієнток

Супутні захворювання	Малоінвазивні доступи, n=631		Традиційні доступи, n=271	
	абс.	%	абс.	%
Хронічна ішемічна хвороба серця	372	58,9	112	41,3
Гіпертонічна хвороба	312	49,5	93	34,3
Постінфарктний кардіосклероз	35	5,6	15	5,5
Бронхіальна астма	8	1,3	5	1,8
Хронічна ниркова недостатність	4	0,6	3	1,1
Цукровий діабет	64	10,1	34	12,5
Виразкова хвороба	67	10,6	28	10,3
Ожиріння III-IV ступеня	167	26,5	52	19,2

Хворі були оперовані в плановому 516 (81,8%) та невідкладному порядку 115 (18,2%). Характеристика виконаних оперативних втручань представлена в таблиці 2.3.

Таблиця 2.3

Характеристика оперативних втручань (маловінвазивні доступи), n=631

Вид операції	Абс.	%
Гістеректомія (з приводу міоми матки): - комбінованим доступом (лапароскопічним та піхвовим) - піхвовим доступом	 6 57	 15,2 9,0
Міомектомія - лапароскопічним доступом - комбінованим доступом (лапароскопічним та піхвовим)	 50 43	 7,9 6,8
Операції з використанням mini-site	270	42,8
Операції з приводу пролапса геніталій	115	18,3

Як бачимо, серед малоінвазивних доступів найбільш затребуваною виявилася методика mini-site, що об'єктивно відображає хірургічні потреби гінекологічного стаціонару (табл. 2.4).

Таблиця 2.4

Спектр виконаних оперативних втручань та маніпуляцій з використанням mini-site, n=270

Операція	Абс.	%
Діагностична лапароскопія	133	49,2
Сальпінгооваріолізіс	65	24,1
Тубектомія	22	8,2
Резекція яєчників	15	5,6
Цистектомія	7	2,6
Трубна стерилізація	28	10,3

На другому місці – потреба в корекції геніталій через їх опущення (табл. 2.5).

Таблиця 2.5

Спектр виконаних оперативних втручань з приводу пролапсу геніталій, n=270

Операція	Абс.	%
Піхвова гістеректомія	64	55,7
Операції при стресовому нетриманні сечі	53	46,1
Піхвова екстраперитонеальна реконструкція тазового дна	38	33,0
Апоневротична вагінопексія	29	25,2
Сакровагінопексія	12	10,4
Лапароскопічна операція Берча	6	5,2

Для слінгових операцій при стресовому нетриманні сечі ми використовували поліпропіленові сітки TVT, TVT-0 («Jonson & Jonson»). При вагінальній екстраперитонеальній реконструкції тазового дна застосовували системи меш-софт і Проліфт («Jonson & Jonson»).

2.1.2 Методи досліджень. Усі хворі в стаціонарі піддавалися обстеженню, яке полягало в проведенні лабораторних досліджень, УЗД, комп'ютерної томографії тощо [4, 50].

Обстеження хворих з пролапсом геніталій обов'язково включало наступні етапи:

- фізикальне обстеження;
- ультразвукове (трансвагінальний і абдомінальний доступи), 3D реконструкція зображення;
- комплексне уродинамічне дослідження обстеження;
- спеціальні методи дослідження.

2.2 Другий етап досліджень

2.2.1. Клінічна характеристика. Для вирішення мети та завдань II етапу проведений ретро- і проспективний аналіз історій хвороби 210 пацієнток, яких прооперовано з приводу гострих гнійних запальних захворювань придатків матки (ГГЗДМ) із застосуванням органозберігаючих методик лікування, з яких 180 оперовані лапароскопічним доступом і склали 2 основну групу в нашому дослідженні, в 30 спостережуваних, що увійшли до 2 групи порівняння, застосовувався лапаротомічний доступ.

Вік хворих варіював від 15 до 44 років. У таблиці 2.6 представлений розподіл обстежених хворих залежно від віку. Отримані дані свідчать про те, що групи хворих за віком суттєво не відрізняються. Аналіз даних показав, що 2/3 хворих знаходилися в ранньому репродуктивному віці (20-39 років).

Таблиця 2.6

Вік обстежених

Вік, роки	Групи обстежених хворих			
	2 основна		2 порівняння	
	абс.	%	абс.	%
15-19	38	18,0	3	1,4
20-24	38	18,0	6	2,9
25-29	36	17,1	7	3,3
30-34	27	12,9	10	4,8
35-39	25	11,9	3	1,4
40-44	16	7,6	1	0,5
Всього	180		30	

Середній вік настання менархе склав 13,3±0,5 року. Поява менструацій від 10 до 12 років відмічена в 59 (28,1%), після 15 років – у 31

(14,8%) пацієнтки, у решти (120) перша менструація з'явилася у віці від 12 до 15 років. 167 (79,5 %) пацієнток мали 28-30 денний регулярний менструальний цикл (МЦ). Тривалість МЦ від 31 до 35 днів виявлена в 10 (4,8%), від 21 до 27 днів – у 19 (9,0%), у 14 (6,7%) – МЦ був нерегулярним. До вступу в стаціонар протягом року спостерігалося збільшення тривалості менструальних виділень до 6-7 днів в 18 (8,6%) хворих, менструації були ряснішими і хворобливішими.

Аналіз представлених даних показав, що у кожної третьої хворої виявлялися порушення менструальної функції, серед яких найчастіше зустрічалися альгоменорея, поліменорея, а також порушення ритму менструацій.

Порушення МЦ, виявлені у обстежених хворих в анамнезі, представлені в таблиці 2.7.

Таблиця 2.7

Вид порушень менструальної функції

Вид порушень менструальної функції	Групи обстежених хворих			
	2 основна		2 порівняння	
	абс.	%	абс.	%
Альгоменорея	26	12,4	7	3,3
Олігоменорея	2	0,9	-	-
Поліменорея	15	7,1	3	1,4
Порушення ритму менструацій	12	5,7	2	0,9
Всього	54	25,7	12	5,7

Усі пацієнтки, що поступили в стаціонар, раніше жили статевим життям. Слід зазначити високий відсоток хворих (68,3%) з раннім початком статевого життя до 18 років. Більше половини (52,3%) пацієнток на момент вступу в стаціонар застосовувала різні методи контрацепції. Найчастіше використовувалися: перерваний статевий акт – в 33

(15,7%) та бар'єрну контрацепцію – в 59 (28,1%), причому більш ніж в 54,4% спостережень цей спосіб використовувався нерегулярно від 14 до 18 років.

Слід зазначити низький рівень вживання гормональної контрацепції – він зустрічався лише у 11 (5,2 %) пацієнток. У 7 (3,3%) пацієнток із ГГЗДМ виникли на тлі вживання внутрішньоматкової контрацепції (ВМК) – тривалість використання від 2 місяців до 8 років. При ретельному зборі анамнезу було встановлено, що 25 (11,9%) спостережуваних використовували ВМК протягом 3-8 років за 2-4 роки до виникнення гострого запального процесу, що зажадав оперативного втручання. Петлю Ліппса використовували 3 пацієнтки, Т-подібний ВМК – 4 пацієнтки. Дані представлені в таблиці 2.8.

Таблиця 2.8

Показники вживання різних видів контрацепції

Показники	Групи обстежених хворих			
	2 основна		2 порівняння	
	абс.	%	абс.	%
ВМК	7	3,3	-	-
Бар’єрна контрацепція	49	23,3	10	4,8
Перерваний статевий акт	28	13,3	5	2,4
КОК	9	4,3	2	0,9
Всього	93	44,3	17	8,1

При аналізі даних репродуктивної функції були отримані наступні результати. У 80 (38,1%) пацієнток вагітностей не було. У 47 спостережуваних відмічено одні пологи в анамнезі, у 16 – двоє пологів. У 37 (17,6%) пацінток вагітність закінчилася артифіційним абортом, у 5 (2,4%) – мимовільним викиднем на 6-7 тижні вагітності, у 2 (1,1%) – вагітністю,

що не розвивається, на 8-9 тижні. У 20 пацієнток в анамнезі були як пологи, так і аборти. Трубна вагітність відмічена в анамнезі у 2 (1,1%), первинне безпліддя – в 7 (3,3%), вторинне – у 3 (1,4%). Із представлених даних слід зазначити, що в 38,1% випадків вагітності в анамнезі не зареєстровано.

Згідно даним анамнезу встановлено, що кожна третя пацієнтка 2 основної групи і 2/3 пацієнтки 2 групи порівняння мали в анамнезі захворювання, що передаються статевим шляхом (табл. 2.9).

Таблиця 2.9

Захворювання, що передаються статевим шляхом

Захворювання, що передаються статевим шляхом	Групи обстежених хворих			
	2 основна		2 порівняння	
	абс.	%	абс.	%
Хламідіоз	24	11,4	7	3,3
Гонорея	11	5,2	6	2,9
Трихомоніаз	10	4,8	2	0,9
Сифіліс	6	2,9	3	1,4
Вірус папіломи людини	4	1,9	1	0,5
Генітальний герпес	2	0,9	-	-
Всього	57	27,1	19	9,0

Як випливає з представлених в таблиці 2.9 даних, найчастіше серед цих інфекцій зустрічалися хламідіоз (14,7%) та гонорея (8,1%).

У більшості обстежених були вказівки на перенесені раніше або супутні екстрагенітальні захворювання, у структурі яких провідне місце займали хронічні запальні захворювання шлунково-кишкового тракту і нирок (табл. 2.10).

Таблиця 2.10

Перенесені та супутні захворювання у хворих з ГГЗДМ

Соматична патологія	Групи обстежених хворих			
	2 основна		2 порівняння	
	абс.	%	абс.	%
Вузловий зоб	6	2,9	1	0,5
Виразка хвороба 12-палої кишки	6	2,9	2	0,9
Гостра пневмонія	4	1,9	3	1,4
Хронічний кольпіт	8	3,8	5	2,4
Хронічний цистит	3	1,4	2	0,9
Хронічний гастрит	9	4,3	5	2,4
Хронічний холецистит	2	0,9	1	0,5
Міопія високого ступеня	11	5,2	6	2,9
Всього	49	23,3	25	11,9

Відомості про перенесені і супутні гінекологічні захворювання в обстежених пацієнток представлені в таблиці 2.11.

Таблиця 2.11

Перенесені та супутні гінекологічні захворювання у хворих з ГГЗДМ

Гінекологічна патологія	Групи обстежених хворих			
	2 основна		2 порівняння	
	абс.	%	абс.	%
Хронічний сальпінгоофорит	102	48,6	16	7,6
Гострий сальпінгоофорит	9	4,3	4	1,9
Ендометріоз	6	2,9	1	0,5
Міома матки	4	1,9	1	0,5
Гіперплазія ендометрія	8	3,8	-	-
СПКЯ	2	0,9	-	-
Апоплексія яєчника	4	1,9	2	0,9

Продовження табл. 2.11

Гінекологічна патологія	Групи обстежених хворих			
	2 основна		2 порівняння	
	абс.	%	абс.	%
Трубна вагітність	2	0,9	-	-
Абсцес бартолінієвої залози	3	1,4	1	0,5
Патологія шийки матки	32	15,2	9	1,4
Дисфункціональна маткові кровотечі	14	6,7	3	1,4
Фолікулярна кіста яєчника	1	0,5	-	-
Всього	187	89,0	37	17,6

У представлених даних привертає увагу високий відсоток хворих (53,3%), що перенесли внутрішньоматкові втручання: інструментальне вишкрібання слизової матки з приводу вагітності (49), введення ВМК (7), діагностичні вишкрібання слизової матки (22).

Як лапаротомічним, так і лапароскопічним доступом з приводу різної гінекологічної, акушерської і хірургічної патології раніше прооперовані 82 (39,0%) із 210 хворих.

У таблиці 2.12 представлені кількість і характер раніше перенесених оперативних втручань на органах черевної порожнини і порожнини малого таза у пацієнток із ГГЗДМ.

Таблиця 2.12

Перенесені гінекологічні операції у хворих з ГГЗДМ

Оперативні втручання	Групи обстежених хворих			
	2 основна		2 порівняння	
	абс.	%	абс.	%
Резекція яєчника	7	3,3	-	-
Тубектомія	11	5,2	3	1,4
Розтин абсцесу бартолінієвої залози	3	1,3	1	0,5

Продовження табл. 2.12

Оперативні втручання	Групи обстежених хворих			
	2 основна		2 порівняння	
	абс.	%	абс.	%
Кесарів розтин	13	6,2	4	1,9
Апендектомія	34	16,2	5	2,4
Розділення спайок, резекція тонкої кишки	1	0,5	-	-
Всього	69	32,9	13	6,2

Резекції яєчників були виконані лише у пацієнток 2 основної групи з приводу апоплексії яєчника в 4, за наявності функціональної кісти яєчника великих розмірів у однієї – у 2 пацієнток із синдромом полікістозних яєчників. Два оперативні втручання здійснювалися лапаротомічним доступом розрізом по Пфанненштілю, останні шляхом лапароскопії (ЛС). Тубектомії, виконані в 11 хворих 1 групи (у 9 з приводу запальних захворювань придатків матки, у 2 – з приводу трубної вагітності, що урвалася) і у 3 пацієнток 2 групи порівняння з приводу запального процесу в придатках матки. Апендектомія у всіх хворих виконана класичним доступом по Волковічу-Д'яконову. Ніжньосерединна лапаротомія (ЛТ) була відмічена в одному спостереженні з приводу гострої тонкокишечної непрохідної. Причому 4 пацієнтки 2 основної групи вказали на два оперативні втручання в анамнезі.

Отже, представлені дані свідчать про те, що порівнювані групи істотно не відрізняються один від одного ані за віком, ані за характером перенесених захворювання.

Аналізуючи характер перебігу ГГЗДМ було встановлено, що кожна друга пацієнтка страждала на хронічний запальний процес придатків матки. Тривалість хронічного процесу склала в 41 (19,5%) – до 2 років, у 57 (27,1%) – від 2 до 4 років, у 20 (9,5%) – від 5 до 8 років. Перебіг

хронічного запального процесу придатків матки із загостреннями один раз на рік відмічено у 73 (61,9%) пацієнток, двічі на рік в 31 (26,3%), три і більше разів на рік у 14 (11,9%). Пацієнткам неодноразово проводилося лікування з приводу ГГЗДМ в амбулаторних і стаціонарних умовах. Нами було виявлено, що 12 (10,2%) хворих перенесли раніше оперативне втручання з приводу гострого запального процесу придатків матки лапароскопічним доступом. Однобічна тубектомія у зв'язку з піосальпінксом виконана у 4 пацієнток, у 3 виконаний розтин двосторонніх піосальпінксів і в 5 – сальпінгооваріолізіс при гострому гнійному сальпінгіті. На запальний процес в придатках матки більше п’яти років страждали 83 (70,3%) жінок.

При аналізі анамнезу захворювання було встановлено, що з моменту виникнення гострої фази від 5 годин до 21 дня до стаціонару поступили 208 пацієнток, 2 пацієнтки 2 основної групи – через 28 і 30 днів. 46,1% хворих поступили в стаціонар протягом перших трьох діб з моменту виникнення гострого процесу (табл. 2.13).

Таблиця 2.13

Розподіл хворих з ГГЗДМ залежно від тривалості захворювання

Тривалість захворювання	Групи обстежених хворих			
	2 основна		2 порівняння	
	абс.	%	абс.	%
До 3 діб	81	38,6	16	7,6
4-6 днів	34	16,2	3	1,4
7-10 днів	41	19,5	3	1,4
11-13 днів	11	5,2	6	2,9
14-21 день	11	5,2	2	0,9
Більше 21 дня	2	0,9	-	-

Як видно з представлених даних, більше половини хворих звернулися протягом 6 діб з моменту появи ознак захворювання.

На підставі аналізу анамнестичних даних було виявлено, що ознаки запального процесу з'явилися через 1,5-2,0 тижні після штучних і мимовільних абортів в 18 (8,6%), через 2 тижні після мимовільних пологів у 5 (2,4%). Захворювання було пов'язане з початком статевого життя в 24 (11,4%) осіб. У 7 (3,9%) запальний процес виник на тлі використання ВМК тривалістю від 1,5 до 6,0 років. 118 (56,2%) пацієнток вказували на наявність захворювання в анамнезі, у 92 (43,8%) діагноз запального захворювання діагностовано вперше.

На момент вступу до стаціонару всі хворі пред'являли скарги на болі в животі, локалізація яких у 172 (81,9%) жінок у пахових областях, у 32 (15,2%) – у правій клубової області, у 3 (1,4%) – у правому підребер'ї, у 3 (1,4%) – в мезогастральній області. Іррадіація болю в пряму кишку відмічено в 47 (22,4%), у зовнішні статеві органи в 22 (10,5%), у нижні кінцівки в 26 (12,4%), у поперек у 8 (3,8%). Постійний характер болів відмічений в 185 (88,1%), переймоподібні болі були в 25 (11,9%) жінок.

Скарги на нудоту пред'являли 85 (40,5%) пацієнток, на одно- та двократне блювання – 53 (25,2%), рідкий стілець – 17 (8,1%). Почастішання сечовипускання непокоїло 11 (5,2%), сухість в роті – 79 (37,6%) пацієнтки, озноб – 28 (13,3%). Такі симптоми як слабкість, запаморочення різного ступеня відмічені практично у всіх обстежених. Оцінка стану пацієнток під час вступу до стаціонару здійснювалася на підставі даних загального і гінекологічного статусу, а також лабораторних даних. Загальний стан на момент вступу до стаціонару був оцінений, як задовільний в 89,5%, середнього ступеня в 9,0%, важкий у 1,4%. 78 пацієнток вказали на виникнення захворювання під час і по закінченню менструації.

Шкірні покриви і видимі слизові оболонки нормального забарвлення в 193 (91,9%), у 17 (8,1%) мала місце гіперемія шкірних покривів.

Підвищення температури тіла відмічене в 174 (82,9%): до 38°С – у 112 (64,3%), зверху 38°С – у 62 (35,7%); у 36 (17,1%) температура залишалася в межах нормальних значень.

Частота серцевих скорочень відповідала підвищенню температури у всіх пацієнток. Цифри артеріального тиску коливалися в межах індивідуальної норми. При огляді в 157 (74,8%) хворих язик сухий, обкладений білим нальотом.

При пальпації передньої черевної стінки виявлена хворобливість в нижніх відділах живота в 180 (85,7%), у 24 (13,3%) – у правій клубовій області, у 3 (1,4%) – у мезогастрії, у 3 (1,4%) – у правому підребер'ї. Позитивні симптоми роздратування очеревини в нижніх відділах живота визначалися в 183 (87,1%), у 27 (12,9%) – перитонеальних симптомів відмічено не було.

Гінекологічний огляд в приймальному відділенні під час вступу виконано в 209 з 210 (99,5%) пацієнток. При гінекологічному огляді слизова оболонка піхви гіперемована в 52 (24,8%) хворих, ектопія і рубцева деформація шийки матки (ШМ) в 57 (27,1%) і 11 (5,2%) відповідно. Слизово-гнійні виділення з цервікального каналу (ЦК) в 39 (18,5 %), гнійні – в 133 (63,3%), кров'янисті – в 38 (18,1%). У 7 (3,3%) пацієнток визначалися нитки ВМК, видалення якого виконувалося в приймальному відділенні легко, потягуванням за «вуса». Хворобливі рухи за шийку матки були у 178 (84,7%) пацієнток. При бімануальному дослідженні в 96 (45,7%) спостереженнях об'ємних утворень в області малого таза виявлено не було, у всіх спостереженнях огляд області придатків матки був хворобливим. У 87 жінок (41,4%) пальпувалося одно-, двосторонні ретортоподібні хворобливі утворення, у 5 (2,8%) при гінекологічному огляді патології не виявлено. У 22 (10,5%) пацієнток пальпувати матку, придатки не удалося внаслідок напруги м'язів передньої черевної стінки. Згладжування заднього зведення визначалася в 32 (15,2%). Одна

пацієнтка (0,5%), що поступала до хірургів з підозрою на гострий апендицит, була направлена на екстрену ЛС без огляду гінеколога.

При зверненні до стаціонару в 153 (72,9%) пацієнток проводилося ультразвукове дослідження органів малого таза в приймальному відділенні. При цьому, виявлені наступні зміни: у 63 (41,2%) спостереженнях виявлені розширені маткові труби з обох боків, у 43 (28,1%) – з одного боку. Конгломерат в області придатків без чітких контурів з двох сторін розмірами від 7 до 12 см, неоднорідної структури з переважно з рідинним компонентом у вигляді дрібнодисперсної суспензії з включеннями підвищеної ехощільності виявлений у 19 (12,4%) пацієнток, з одного боку – у 8 (5,2%). У 4 (2,6%) хворих виявлені ехографічні ознаки піовару. У 16 (10,5%) дослідженнях патологічних УЗД – ознак виявлено не було. Вільна рідина з суспензією в помірній кількості виявлена в кожному дослідженні.

Усім хворим при госпіталізації в приймальному відділенні був виконаний наступний перелік лабораторних аналізів: клінічний аналіз крові, загальний аналіз сечі, ЕКГ. При аналізі крові виявлено: у 173 (82,4%) гемоглобін знаходився в межах нормальних величин, у 37 (17,6%) цифри гемоглобіну відповідали анемії першого ступеня (НЬ від 110 до 100 г/л). Кількість еритроцитів була в межах нормальних значень в 175 (83,3%). Кількість лейкоцитів у 74 (35,2%) пацієнток знаходилися в межах від 9-12$\times10^9$/л, у 27 (12,9%) пацієнток в межах від 12,5-15,0$\times10^9$/л, а у 25 (11,9%) жінок – у межах нормальних значень. Значне збільшення числа лейкоцитів спостерігалося в 84 (40,0%). Швидкість осідання еритроцитів (ШОЕ) у 78 (37,1%) пацієнток знаходилася в межах нормальних значень. У 93 (44,3%) від 15 до 25 мм/год. У 39 (18,6%) спостереженнях від 30 до 40 мм/год. Зміни в показниках загального аналізу сечі були виявлені у 8 (3,8%) пацієнток, кількість лейкоцитів при мікроскопії сечі склала 20-30, визначалися бактерії.

У 209 (99,5%) пацієнток узяті мазки з ЦК, уретри і заднього зведення піхви для визначення характеру мікрофлори. У мазках у 159 (75,7%) хворих виявлено велика кількість лейкоцитів від 80 до 100. У 35 (16,7%) число лейкоцитів варіювало від 20 до 60. Паличкова флора поєднано з коковою виявлена в 79 (37,6%), кокова у 86 (40,9%) пацієнток. Через підозру на позаматкову вагітність діагностична пункція черевної порожнини через заднє зведення піхви виконана в 8 (4,4%), у всіх отримана незначна кількість серозно-геморагічної рідини.

На підставі даних анамнезу, загального і гінекологічного статусу, а також результатів придаткових методів досліджень в приймальному відділенні були виставлені наступні діагнози: гострий сальпінгоофорит – у 123 (58,6%), гострий ендоміометрит – у 2 (1,0%), позаматкова вагітність – у 28 (13,3%), цистаденома яєчника з перекрутом ніжки – у 17 (8,1%), апоплексія яєчника – у 6 (2,9%), дисфункціональна маткова кровотеча – у 3 (1,5%), гострий апендицит – у 29 (13,8%), гострий холецистит – у 2 (1,0%). У результаті в 180 хворих 2 основної групи і у 30 пацієнток 2 групи порівняння була виконана екстрена ЛС і нижньосерединна ЛТ відповідно за наступними показаннями – підозра на внутрішньочеревну кровотечу (позаматкова вагітність і апоплексія яєчника) – у 34 (16,2%); підозра на перекрут ніжки цистаденоми яєчника – у 17 (8,1%), на розрив піосальпінксу – у 55 (26,2%); необхідність виключення гострої хірургічної патології – у 29 (13,8%). У 75 хворих 2 основної групи (35,7%) почата комплексна інфузійна, антибактеріальна, протизапальна, дезінтоксикаційна терапія. Після огляду лікарем в приймальному відділенні у 68 (32,4%) пацієнток виставлений діагноз гострий сальпінгоофорит, у 2 (1,0%) – гострий ендоміометрит, у 3 (1,5%) – дисфункціональна маткова кровотеча, у 2 (1,0%) – гострий холецистит. Метою консервативного лікування, що проводилося, була не підготовка до хірургічного компонента терапії, а розгляд йогл як адекватного лікування на даному етапі.

Не дивлячись на терапію, що проводиться, через відсутність ефекту від консервативного лікування протягом 24-48 годин і погіршення клінічної картини захворювання, було вирішено виконати оперативне втручання лапароскопічним доступом.

2.2.2 Методи обстеження. Дослідження проводилося в два етапи:

1) ретроспективний етап – аналіз отриманих даних на підставі вивчення історій хвороби;

2) проспективний – обстеження пацієнток через 2-5 років після оперативного лікування.

На першому етапі оцінювалися найближчі результати лікування ГГЗДМ з використанням лапароскопічного і лапаротомічного доступу. Вивчався анамнез, дані гінекологічного, клініко-лабораторного, ультразвукового дослідження пацієнток. Вивчення анамнестичних даних ґрунтувалося на аналізі специфічних функцій жіночого організму: менструальної (вік менархе, особливості МЦ та його порушення); статевої і репродуктивної (число вагітностей, їх перебіг, результат). Зверталася увага на скарги, історію розвитку захворювання, особливості перебігу, лікування і його ефективність. Всі отримані дані заносилися до індивідуальних карт.

Клініко-лабораторне дослідження включало стандартні методики [4, 50]: клінічний аналіз крові, загальний аналіз сечі, визначення групи і резус приналежності крові, реакція Вассермана і виявлення синдрому набутого імунодефіциту, мікроскопічний аналіз мазка з ЦК, піхви та уретри.

Гінекологічний статус визначали за даними огляду зовнішніх статевих органів, дослідження піхви та шийки матки в дзеркалах, бімануального вагінального дослідження.

Матеріал для дослідження бактеріоскопії забирався з уретри, ЦК, заднього зведення піхви. Отриманий матеріал наносився на наочні стекла

та після висушування забарвлювався по Граму. Бактеріоскопія проводилася світловим мікроскопом із використанням імерсійної системи [146].

З метою ідентифікації збудника проводилося бактеріологічне дослідження вмісту нижньої третини ЦК [146].

Дослідження на урогенітальну інфекцію методом полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР) виконувалося на наявність збудників: Chlamydia trachomatis, Micoplasma hominis, Ureaplasma urealiticum, Neisseria Conorrhaeae, Trichomonas vaginalis, Cardnerella vaginalis. Забір матеріалу для дослідження проведено з ЦК цитологічною щіточкою (Cytobrush). В разі виявлення інфекції здійснювалося її лікування з подальшим контрольним дослідженням вагінального мазка та відокремлюваного ЦК [146].

Для визначення у жінок характеру МЦ використовувалися тести функціональної діагностики – вимір ректальної температури протягом трьох місяців.

Ультразвукове дослідження здійснювалося на апараті «Toshiba» (Японія) трансабдомінальними і вагінальними мультичастотними датчиками (3,5-7,5 Мгц). Оцінювалися візуалізація маткових труб (наявність рідинного компонента в просвіті маткових труб), розташування яєчників, внутрішня структура і звукопровідність, визначали наявність, кількість, величину і характер розташування фолікулів, візуалізували ознаки овуляції і формування "жовтого тіла", виділяли домінантний фолікул, оцінюючи його величину і день візуалізації [4, 50].

Лапароскопія проводилася по упровадженій в нашій клініці методиці [27]. Накладення пневмоперитонеуму і всі етапи операцій здійснювалися під ендотрахеальним наркозом. Введення троакарів здійснювалося в латеральних клубово-пахових областях після попередньої трансілюмінації передньої черевної стінки і під обов'язковим візуальним контролем

з боку черевної порожнини. У ході операції застосовувалися атравматичні або жорсткі затиски, розтин тканин виконано ендоскопічними ножицями після попередньої біполярної коагуляції або із застосуванням пінцетів і монополярної коагуляції при відповідному натягненні тканин.

Розділення спайок виконано тупим і гострим шляхом із застосуванням дисектора, мікроножиць і ендоскопічної коагуляційної голки. Для гемостазу використовували моно- і біполярну коагуляцію.

Видалений макропрепарат витягувався з черевної порожнини через розширену контрапертуру в лівій пахово-клубовій області або задньому кольпотомному отворі за допомогою вагінального екстрактора, що дозволяє зберегти пневмоперитонеум на цьому етапі операції з подальшим ушиванням розрізу.

Операції лапаротомічним доступом здійснювалися по традиційній методиці під ендотрахеальним наркозом. Як правило, при проведенні втручань в екстреному порядку, застосовувався нижньосерединний розріз. Під час операції виконувався весь комплекс заходів – видалення ураженого органу, санація черевної порожнини.

Для вивчення особливостей перебігу післяопераційного періоду у хворих нами була використана спеціальна шкала «Якість життя жінок» [110]. До неї заносилися паспортні і анамнестичні дані, методи і характер перенесеної операції, результати клінічного і спеціального методів дослідження.

2.3 Третій етап досліджень

2.3.1 Клінічна характеристика хворих. Для здійснення поставлених завдань на III етапі нами були обстежені 123 пацієнтки з хронічним гнійним запаленням органів малого таза (ГЗОМТ) – 3 група.

До ускладнених (хронічних) форм гнійного запалення ми віднесли всі осумковані запальні придаткові утворення – піосальпінкс, гнійні

тубооваріальні абсцеси, прогресуючий гнійний ендоміометрит, панметрит та їх подальші ускладнення: параметрит, панметрит, гнійні свищі різної локалізації, екстрагенітальні абсцеси.

Обстеження всіх пацієнток починали з ретельного збору анамнезу. Середній вік пацієнток з хронічним гнійним запаленням органів малого таза (медіана) склав 37,2±3,5 року. Так, більшість усіх пацієнток (81,3%) знаходилися в репродуктивному віці, частіше знаходилися у віці від 30 до 44 років (57,7%). 6 пацієнток були у віці до 19 років. Лише 3 (2,4%) пацієнтки були старше 49 років.

Аналіз репродуктивної функції у пацієнток 3 групи (табл. 2.14) показав, що фертильність у даних пацієнток до настання даного захворювання не була порушена: 80,5% пацієнток мали в анамнезі пологи, одні (44,7%), двоє (30,1%) або троє (5,7%). Лише 8 (6,5%) жінок мали в анамнезі мимовільне переривання вагітності.

Таблиця 2.14

Характер репродуктивної функції у хворих із ГЗОМТ, абс./%

Показник	Кількість								
	0	1	2	3	4	5	6	7	>7
Пологів,	18 / 14,6	55 / 44,7	37 / 30,1	7 / 5,7	3 / 2,4	3 / 2,4	-	-	-
Абортів	42 / 34,1	18 / 14,	22 / 17,9	15 / 12,2	5 / 4,1	6 / 4,9	5 / 4,1	2 / 1,6	8 / 6,5
Викиднів	115 / 93,5	5 / 4,2	1 / 0,8	-	1 / 0,8	1 / 0,8	-	-	-

Безпліддя було діагностовано у 21 (17,1%) пацієнтки, первинне в 14 (11,4%), вторинне – в 7 (5,7%). Звертає на себе увагу висока частота медичних абортів, як регулювання народжуваності в 3 групі (в 65,9% хворих).

Інфекційні ускладнення після пологів були у 13 (10,6%) пацієнток, у тому числі ендометрит – у 7 (5,1%), інфекційні ускладнення після абортів – у 10 (8,1%) пацієнток.

Структура екстрагенітальної патології у хворих з гнійними захворюваннями внутрішніх статевих органів представлена в таблиці 2.15.

Таблиця 2.15

Структура екстрагенітальної патології у хворих із ГЗОМТ

Характер екстрагенітальної патології	Кількість спостережень	%
Екстрагенітальні захворювання, в т. ч.: - серцево-судинні - гіпертонічна хвороба - гіпотонія - кардіопатія - пролапс мітрального клапану - варикозне розширення вен нижніх кінцівок - геморой	79 35 20 6 1 1 11 2	64,2 28,5 16,3 4,9 0,8 0,8 8,9 1,6
Захворювання ШКТ, в т. ч. - гастрит - холецистит - панкреатит - виразкова хвороба	28 12 12 2 4	22,8 9,8 9,8 1,6 3,3
Захворювання дихальної системи, т. ч.: - хронічний бронхіт	1 1	0,8 0,8
Захворювання нирок, в т. ч.: - пієлонефрит - сечокам’яна хвороба - цистит	13 7 6 1	10,6 5,7 4,9 0,8
Ендокринні захворювання, в т. ч.: - захворювання щитовидної залози - ожиріння	15 3 12	12,2 2,4 9,8
Остеохондроз	6	4,9

Як видно з таблиці 2.15, супутня соматична патологія виявлена у 79 (64,2%) пацієнток 3 групи. Зважаючи на молодий вік пацієнток, виявлений досить високий рівень серцево-судинної патології (28,5%), Захворювання шлунково-кишкового тракту зустрічалися у 22,8% випадків. Ендокринна патологія була в 12,2% хворих. Захворювання сечовивідної системи і дихальної системи зустрічалися в 10,6% і 0,8% хворих відповідно. Алергія виявлена у 62 (50,4%) пацієнток, у тому числі полівалентна в 24 (19,5%).

Гінекологічні захворювання (за даними анамнезу) раніше мали 85 (69,1%) пацієнток, значна частина їх відносилася до групи запальних: ерозії шийки матки (36,6%), гострий (12,2%) і хронічний сальпінгоофорит (31,7%).

Наявність і характер супутньої гінекологічної патології у хворих основної групи представлені в таблиці 2.16.

Таблиця 2.16

Наявність та характер супутньої гінекологічної патології у хворих із ГЗОМТ

Гінекологічні захворювання	Кількість спостережень	%
Міома матки	23	8,7
Ендометріоз	47	38,2
Опущення стінок піхви	2	1,6
Ерозія ШМ	2	1,6
Лейкоплакія ШМ	1	0,8
Гіперплазія ендометрія	5	4,1
Поліп ендометрія	3	2,4
Ретенційні кісти яєчників	3	2,4
Кістома яєчника	1	0,8
Загалом, гінекологічні захворювання	62	50,4

У структурі супутніх гінекологічних захворювань нами відмічена висока частота ендометріозу (38,2%) і міоми матки (18,7%), проте у більшості пацієнток дані захворювання клінічно не виявлялися і виявлені, в основному, при подальшому патоморфологічному дослідженні препаратів.

При вивченні причин формування ускладнених (хронічних) гнійних ГЗОМТ нами встановлено, що в 55 (44,7%) випадків вони розвинулися на тлі тривалого носіння ВМК, у 27 (22%) випадках – після пологів, у 12 (9,8%) – на тлі наявних хронічних запальних захворювань придатків матки, у 8 (6,5%) випадках – після різних гінекологічних операцій (табл. 2.17).

Таблиця 2.17

Провокуючі фактори розвитку важких ГЗОМТ

Провокуючі фактори	Кількість спостережень	%
ВМК	55	44,7
Пологи	27	22,0
Операції	8	6,5
Прогресування гнійного захворювання	4	3,3
Загострення хронічного захворювання	12	9,8
Інші причини	17	13,8

У решти 17 (13,8%) хворих захворювання було пов'язане з нагоєнням гематом і плодового яйця при ектопічній вагітності, нагноєнням доброякісних пухлин, первинним деструктивним апендицитом тощо.

Слід сказати про наявну залежність між тривалістю носіння ВМК і розвитком хронічного гнійного запалення: лише у 16,7% вона не перевищувала 3 років, у 24% випадків тривалість носіння була 3-5 років, у 25,9% випадків – 5-7 років і в 33,3% – більше 7 років, тобто в 59,2% хворих вона перевищувала 5 років.

Так, у 27 (22%) пацієнток захворювання розвинулося після пологів (всі пологи були оперативними – кесарів розтин). Післяпологові хворі

були наймолодшими в даній групі хворих. Їх середній вік склав 27,2±2,5 року.

Формування важких форм гнійних ГЗОМТ і всіх подальших ускладнень у акушерських хворих з'явилося наслідком прогресуючого ендоміометриту, що клінічно виявлялося відсутністю позитивної динаміки, збереженням або наростанням симптомів інтоксикації і появою нових гнійних вогнищ (клітковина, придатки, суміжні органи). У наших спостереженнях часткова і повна неспроможність шва на матці на тлі прогресуючого гнійного ендоміометриту розвинулася в 20 із 27 хворих, що склало 74,1%. У 8 пацієнток причиною важких гнійних ускладнень були оперативні втручання.

Серед 8 порожнинних операцій (всі втручання виконано з приводу доброякісних утворень матки і придатків) найчастішою операцією, після якої відмічено утворення гнійних ускладнень, була екстирпація матки з придатками (5 хворих) і надпіхвова ампутація (2 хворих), одній пацієнтці зроблено резекцію яєчника. Як ускладнення, нами спостерігалися гематоми, що нагноювались, і абсцеси кукси шийки матки, абсцеси параметріїв і передміхурної клітковини. У двох хворих мало місце залишення чужорідних тіл в черевній порожнині (великих марлевих серветок).

У 12 (9,8%) хворих ГЗОМТ розвинулися на фоні тривало існуючих хронічних запальних захворювань придатків матки (сакто- і гідросальпінкс). Дані пацієнтки раніше неодноразово госпіталізувалися з приводу загострень запального процесу, крім того, вони постійно отримували амбулаторне лікування в умовах жіночих консультацій

Давність захворювання у пацієнток 3 групи, в середньому, склала 44,3±2,8 дня. 15 (16,5%) пацієнток раніше отримали два антибіотики, 29 (31,9%) – три антибіотика, 19 (20,9%) – чотири, 16(17,6%) – п'ять і більше антибіотиків. Найчастіше в антибактеріальній терапії використовувалися нітроімідазоли (62%), аміноглікозиди (68,5%), незахищені пеніциліни

(50,4%), цефалоспорини 1 покоління (28,4%) і цефалоспорини третього покоління (27,8%).

Тобто, результати проведеної клінічної характеристики свідчать, що усі параметри відповідають поставленої мети та завдань досліджень.

2.3.2 Методи дослідження. Об'єм обстежень включав стандартні клінічні, біохімічні, мікробіологічні, гемостазіологічні, функціональні і морфологічні методи. Разом з цим застосовували спеціальні методи дослідження.

Мікробіологічні методи дослідження: мікроорганізми виявляли у вмісті уретри, носа, зіву, піхви, ЦК, підшкірної клітковини, черевної порожнини, абсцесу і порожнини матки. Досліджувалася також кров і сеча.

Гемостазіологічні методи: визначення параметрів згортаючої системи крові (ступінь тромботесту, етаноловий тест, фібриноген, час рекальцифікації, толерантність крові до гепарину, гепариновий час, фібринолітична активність) проводили із загальноприйнятими методиками [150]. При цьому визначали: спонтанну агрегацію; агрегацію при дії аденозіндифосфату (АДФ) 0,5 мкмоль/л на 10 секунді; при дії колагеном 2 мг/1 мл до 0,3 плазм (30 мкл) на 10-й секунді.

Розширений біохімічний аналіз крові проводився також за загальноприйнятою методикою [150]. Визначення антитіл-маркерів до антигенів: двоспіральній ДНК, сумарній фракції фосфоліпідів, колагену IV типу, аніонним цитоплазматичним антигенам нейтрофілів (АНКА) проводили імуноферментним методом [150].

Ультразвукове дослідження (УЗД) органів малого таза, судин нижніх кінцівок, судин малого таза і черевної порожнини проводилося на апараті «Toshiba» (Японія) з використанням секторального датчика 4 мГц і трансвагінального датчика 7 мГц в режимі двомірної візуалізації і кольоровому доплерівському квартируванні [4, 50].

Оцінювався характер кровотоку вен нижніх кінцівок і малого таза (поверхневі і глибокі вени гомілок і стегна, клубові вени, вени сафено-феморального співустя, нижня порожниста вена) з проведенням проб: компресійною (тиск датчиком на тканини в області проекції досліджуваної вени для визначення ступеня стисливості вени) і Вальсальви (збільшення діаметру вени на висоті проби відносно до її діаметру в стані спокою).

Патоморфологічні дослідження виконувалися за загальноприйнятими методиками [159]. Забарвлені гематоксилін-еозином зрізи використовували для традиційного патогістологічного аналізу, а зрізи, забарвлені поліхромним методом по Маллорі, – для адекватної оцінки стану колагенового каркаса органу і його судинної мережі.

Статистична обробка даних на усіх трьох етапах досліджень виконана з використанням пакетів прикладних програм Statistica 10 і SAS JMP 11.

Нормальність розподілу кількісних даних визначали за допомогою критерію Шапіро-Уїлка [69].

Для опису кількісних даних, що мають нормальний розподіл, використовували середнє арифметичне і стандартне відхилення (SD) у форматі M (SD). При розподілі даних відмінних від нормального використовували медіану (Me) і квартилі Q1 і Q3 (Me (Q1;Q3)).

Порівняння підгруп після кількісних шкал проводили на основі непараметричного критерію Манна-Уїтні. Порівняння трьох і більше підгруп після кількісних шкал проводили на основі непараметричного критерію Краскела-Уоллеса [69].

Аналіз динаміки показників виконано на основі непараметричного критерію [69].

Статистичну значущість різних значень для бінарних і номінальних показників визначали з використанням критерію χ-квадрат (χ^2) Пірсона.

Статистичний однофакторний аналіз ризиків цільових показників для бінарної цільової змінної здійснювали за допомогою критерію χ^2 Пірсона [69].

Рівень статистичної значущості був зафіксований на рівні імовірності помилки 0,05.

Автор виражає подяку професору Мінцеру Озару Петровичу за допомогу при проведенні статистичних методів досліджень.

РОЗДІЛ 3
ДИФЕРЕНЦІЙОВАНИЙ ПІДХІД ДО ВИБОРУ МЕТОДІВ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ГІНЕКОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ

3.1 Порівняльні аспекти різних хірургічних доступів при лікуванні доброякісних пухлин яєчників

Ми проаналізували результати 153 гістеректомій (ГЕ), виконаних з використанням вагінального доступу і 110 ГЕ, виконаних традиційним лапаротомним доступом. Вибір методики здійснювався залежно від розмірів матки, її рухливості, особливості розташування міоматозних вузлів, ємкості піхви, перенесених раніше операцій. При необхідності виклнувалося видалення придатків, усунення спайкового процесу, проведення симультанних операцій. Для знеболення застосовувався інкубаційний комбінований наркоз. Вік пацієнток коливався від 34 до 55 років. Розміри матки досягали величин, відповідних 22, а, в середньому, 15 тижнів вагітності.

Показаннями до операції служили: розміри міоми матки 12-22 тижні вагітності, підслизова локалізація фіброматозних вузлів, супутній спайковий процес органів черевної порожнини, виражена гіпохромна постгеморагічна анемія тощо.

У 57 з 153 випадків (37,3%) була виконана чисто вагінальна ГЕ, а в 96 з 153 (62,7%) операціях вагінальний доступ передував проведенням лапароскопічного етапу. Останній включав введення маткового маніпулятора, діагностичну лапароскопію (ЛС), роз'єднання спайок, ідентифікацію сечоводів (при необхідності).

Вагінальна ГЕ складалася з наступних етапів: радіального розтину слизової оболонки піхви на рівні зведень, зсуву сечового міхура і прямої кишки краніально, задньої кольпотомії, пересічення міхурно-маткових в'язок, при необхідності виконання передньої кольпотомії, накладення

гемостатичних швів на очеревину і задню стінку піхви, пересічення і лігування крижово-маткових зв'язок, кардинальних зв'язок, маткових судин. Матка виводилася в рану, при необхідності фрагментувалася, препарат віддалявся після пересічення круглих маткових зв'язок і власних зв'язок яєчників з матковими трубами. Для фрагментації матки використовували наступну техніку: бісекція, міомектомія, морцеляція, коринг. Далі виконували гемостаз, накладалися 2 обвивних шва на очеревину, кукси зв'язок і слизову оболонку піхви по оригінальній методиці. На закінчення піхва туго тампонувалася на 4-5 годин.

У розробленій нами методиці ушивання черевної порожнини після вагінальної ГЕ два обвивних шва накладаються на слизову оболонку піхви, кукси зв'язок і тазову очеревину від міхурно- маткової складки і передньої стінки піхви до очеревини позадиматкового простору і задньої стінки піхви. Справа і зліва накладаються два таких шви. Зав'язуються шви одночасно.

Дана техніка дозволяє досягти надійного гемостазу і уникнути виникнення заочеревенних гематом і гематом куполу піхви в післяопераційному періоді.

Проведений порівняльний аналіз результатів використання оригінального способу ушивання черевної порожнини і традиційно вживаних методів. Результати представлені в таблиці 3.1.

Таблиця 3.1

Порівняльні результати ушивання черевної порожнини після вагінальної ГЕ

Показник	1 основна група, n=153		1 група порівняння, n=75	
	абс.	%	абс.	%
Ускладнення	1	0,65*	3	4,0

Примітка. Достовірність відносно 1 групи порівняння * – $p<0,05$.

1 основна група – 153 хворих, яким була виконана вагінальна ГЕ з використанням оригінальної методики. Зареєстровано одне ускладнення (0,65%) – перикультіт. Гематом куполу піхви не відмічено.

1 група порівняння – 75 хворих, яким була виконана вагінальна ГЕ з традиційною методикою ушивання куполу піхви. Зареєстровані 3 (4%) гематоми куполу піхви в ранньому післяопераційному періоді (на третю-п'яту добу після операції).

Якщо спочатку операції використовувався лапароскопічний доступ, після завершення вагінальної ГЕ проводилася ЛС для контролю гемостазу, а при необхідності, санація і дренування органів черевної порожнини.

Одним зі показань до використання лапароскопічного доступу була наявність великої кількості субсерозних вузлів, у тому числі на ніжці при великих (18-22 тижні) розмірах матки. При виконанні морцеляції в трьох випадках субсерозні вузли мимоволі відривалися і, після видалення матки, залишалися в черевній порожнині. У всіх випадках при ЛС після завершення ГЕ ці вузли були виявлені і евакуйовані з черевної порожнини.

Тривалість операції варіювала від 40 до 85 хвилин при комбінованому (лапароскопічному і вагінальному) доступі у хворих з міомами матки великих розмірів, часто поєднано з малою ємкістю піхви, тобто в тих, що не народжують. Тривалість знаходження хворих в стаціонарі складала 2-5 днів. Середня крововтрата становила 300,1±31,6 мл.

За час роботи було одне серйозне ускладнення – поранення сечового міхура (виконанана лапаротомія (ЛТ), ушивання рани сечового міхура, ГЕ, хворий виписаний з одужанням на дванадцяту добу). В одному випадку в ранньому післяопераційному періоді був діагностований перикультіт. Після проведення антибактеріальної та інфузійної терапії настало одужання. Перехід на ЛТ виконаний лише у випадку, описаному вище.

При виконанні ГЕ з використанням лапаротомного доступу зареєстровані наступні ускладнення: інтраопераційно – 2 поранення сечового

міхура і 2 поранення сечоводів. У ранньому післяопераційному періоді було виявлено 2 перикультіта і 3 підапоневротичних гематоми передньої черевної стінки.

Після операції протягом 2 років у хворих не було виявлено клінічних ознак спайкового процесу органів черевної порожнини, порушення функції суміжних органів. Пацієнтки не відзначали значно виражених порушень сексуальної функції.

Техніка вагінальної ГЕ з приводу міоми матки великих розмірів базується на двох основних принципах:

- деваскуляризація матки шляхом лігування маткових артерій перед виконанням власне ГЕ;
- зменшення розмірів пухлини шляхом бісекції, міомектомії, морцеляції або корингц.

Характеристики груп дослідження представлені в таблиці 3.2.

Таблиця 3.2

Характеристика групи дослідження (гістеректоії), M±m

Характеристики	Комбінований лапароскопічний і піхвовий доступ, n=96	Піхвовий доступ, n=57	ЛТ, n=110
Вік пацієнток, роки	44,3±0,5	45,2±0,4	45,2±0,7
Розміри міоми, тиж.	18,1±0,4	16,0±0,4	15,1±0,8
Череворозтин в анамнезі	25,0 (26,0%)	-	15 (13,6%)
Тривалість операції, хв.	55,1±5,2*	48,2±4,9*	67,2±6,3
Крововтрата, мл	250,2±5,1*	212,2±4,2*	315,3±9,6
Маса мікропрепарату, г	724,5±9,3	718,2±6,1	712,5±8,2
Інтраопераційні ускладнення	1 (1,04%)	-	4 (3,64%)
Післяопераційні ускладнення	-	1 (1,75%)*	5 (4,5%)
Післяопераційний койко-день	4,3±0,7	3,2±0,5*	8,1±0,4

Примітка. Достовірність відносно жінок із лапаротомією * – $p<0,05$.

Вагінальна ГЕ стає оптимальною, коли вона виконана без надмірної крововтрати при великих розмірах матки. Це можливо, якщо бісекція і морцеляція виконуються після лігування маткових судин.

Розташування маткових судин у зведень матки робить доцільним використання вагінального доступу, лігування судин в цьому випадку набагато зручніше, ніж при абдомінальному доступі.

При виконанні лапароскопічної ГЕ при роботі на маткових судинах, існує вищий ризик пошкодження сечоводів, ніж при вагінальній операції. Це пов'язано з тим, що при лапароскопічній ГЕ використовується матковий маніпулятор. Для кращої візуалізації маткових судин при ЛС вектор руху маткового маніпулятора направлений догори.

При цьому сечоводи зміщуються, наближаючись до ШМ, що разом з використанням електрохірургії створює досить високий ризик пошкодження сечоводів. У той же час, коли виконується вагінальна ГЕ, фіксована щипцями шийка матки (ШМ), підтягується донизу, завдяки чому сечоводи відходять догори, і відстань між сечоводами і ШМ значно збільшується.

У наших дослідженнях не відмічено жодного випадку пошкодження сечоводів при виконанні вагінальної ГЕ. Після лігування маткових судин, для виконання ГЕ, можливе вживання такої техніки, як бісекція, міомектомія, морцеляція, коринг.

Коринг центральної частини матки як спосіб зменшення об'єму вже був описаний в літературі [26, 159]. Як у всіх зменшуючих процедурах, це робиться після того, як всі маткові судини пересічені. Потім довкола шийки робиться неглибокий розтин тканин.

Радіально перетинається серозна оболонка матки до її дна при підтягуванні ШМ назовні. При цьому, операторові необхідно бути уважним, зважаючи на риску пошкодження сусідніх органів. Коринг найдоцільніше застосовувати при відносно невеликих розмірах матки (до 15 тижнів)

у випадках аденоміозу, коли необхідне особливо акуратне видалення матки.

При великих розмірах матки методом вибору є бісекція, тобто розтин матки в сагітальній площині з подальшою морцеляцією і міомектомією.

Відбір хворих для цих операцій дуже важливий. Умови для використання вагінального доступу визначаються, в першу чергу, наявністю достатньої мобільності матки по всіх напрямах і ємкістю піхви. Ці параметри набагато важливіші, ніж розміри матки.

За наявності супутньої патології в придатках матки (доброякісні новоутворення яєчників, сактосальпінкс) виконувалася однобічна аднексектомія в 32 випадках, тубектомія – у 7, і оваріоектомія – у 11 випадках.

З відмічених 50 спостережень в 35 випадках ми використовували вагінальний доступ, а в 25 – лапароскопічний.

Вагінальна аднексектомія (тубектомія, оваріоектомія) виконується другим етапом після вагінальної ГЕ, коли зведення і лігування придатків стає зручнішим. Лапароскопічний доступ ми застосовували у випадках високо розташованих або фіксованих в спайковому процесі придатків матки.

Отже, вагінальна ГЕ або вагінальна ГЕ з лапароскопічною асистенцією має безперечні переваги перед традиційною лапаротомічною ГЕ (відсутність розрізу, що забезпечує важливий для жінки косметичний ефект, відсутність болю і швидке відновлення в післяопераційному періоді, низька частота післяопераційних ускладнень, відсутність ускладнень пізнього післяопераційного періоду (спайкова хвороба, больовий синдром), зниження ризику інтраопераційних ускладнень, відсутність абсолютних протипоказань).

Фрагментація матки на вагінальному етапі значно скорочує час операції і знімає обмеження по використанню даної операції при міомах

матки великих розмірів. Накопичений досвід доводить здійснимість, доцільність і ефективність вагінальної ГЕ.

Вагінальна ГЕ дозволяє уникнути ускладнень, пов'язаних з проведенням ендотрахеальної анестезії і напруженого карбоперитонеума, оскільки її виконання можливе під перідуральною анестезією.

Великі розміри міоми матки не є протипоказанням до проведення ГЕ вагінальним доступом.

У випадках, коли по будь-яких причинах (молодий вік, бажання пацієнтки зберегти ШМ тощо), необхідно виконати супрацерікальну ГЕ, можна скористатися вагінальним доступом.

Проте, ця операція технічно складніша, ніж вагінальна ГЕ, зокрема, вона, вимагає ретельнішого відбору пацієнток.

Основними умовами для виконання супрацервікальної вагінальної ГЕ є:

- наявність ємкої піхви;
- хороша мобільність матки;
- розміри матки не більше 10 тижнів.

При недотриманні цих умов виконання даної операції стає вельми скрутним, і в більшості випадків може призвести до конверсії доступу.

Супрацервікальна вагінальна ГЕ включає ряд етапів. Після виконання передньої кольпотомії тіло матки поетапно виводиться в рану.

Для цього, як правило, використовуються кульові щипці або послідовна прошивка тіла матки по напряму від ШМ до дна матки товстою поліпропіленовою ниткою (№1), паралельно виводячи тіло матки в рану. Використовуючи прошивку, удається знизити операційну крововтрату.

Потім поетапно перетинаються і лігують круглі маткові зв'язки, власні зв'язки яєчників і маткові труби, висхідні маткові судини. Після чого тіло матки відсікається на рівні внутрішнього зіву. Кукса матки

ушивається, занурюється в черевну порожнину, кольпотомна рана ушивається наглухо.

Наш досвід обмежується нечисленними подібними спостереженнями, оскільки досить рідко можливо дотримати всі умови для виконання даної операції, тому не представляється можливим робити будь-які серйозні висновки щодо використання цієї методики.

Представлений досвід лише констатує можливість використання вагінального доступу для виконання супрацервікальної вагінальної ГЕ.

На нашу думку в переважній більшості випадків, коли пацієнтці показана ГЕ, найбільш доцільним і виправданим є виконання тотальної гістеректомії.

3.2 Порівняльні аспекти різних хірургічних доступів при органозберігаючих операціях

Вивчення можливості й ефективності використання вагінального доступу для виконання міомектомії починалося з вживання вагінального доступу в комбінації з лапароскопічним у пацієнток з міомою матки (228). Був проведений порівняльний аналіз 43 випадків міомектомії комбінованим лапароскопічним і вагінальним, 50 випадків лапароскопічної міомектомії і 86 лапаротомних міомектомій у жінок з міомами матки [51, 177]. Вибір методики здійснювався залежно від розмірів матки, особливості розташування міоматозних вузлів, ємкості піхви, перенесених раніше операцій. При необхідності виконано усунення спайкового процесу, проведення симультанних операцій. Для знеболення застосовувався інкубаційний комбінований наркоз. Вік пацієнток складав від 22 до 48 років. Показаннями до операції служили: вторинне безпліддя, безпліддя з наявністю в анамнезі мимовільних абортів другого триместру вагітності або збереження вагітності у жінок з анемією, викликаною гіперменореєю, або наявність великих розмірів пухлини (розміри міоми

матки до 14 тижнів вагітності), швидке зростання пухлини, порушення живлення вузла, тобто міома матки, була основною або єдиною патологією, що вимагає хірургічного лікування. Всім пацієнткам виконувалися міомектомії. Обидві групи не мали статистичних відмінностей (p>0,05) за середніми показниками віку, розміром міоми, частоти анемізації до хірургічного лікування тощо.

Характеристика досліджених підгруп пацієнток представлена в таблиці 3.3.

Таблиця 3.3

Характеристика підгруп дослідження (міомектомії)

Параметри оперативних втручань	Комбінований лапароскопічний і піхвовий доступ, n=43	Піхвовий доступ, n=50	ЛТ, n=86
Вік пацієнток, роки	31,3±0,5	29,2±0,4	32,1±0,6
Розміри міоми, тиж.	12,5±0,4	9,4±0,4	12,8±0,6
Частота анемізації	11 (26,2%)	10 (19,6%)	15 (17,4%)
ЛТ в анамнезі	12 (28,6%)	12 (23,5%)	11 (12,8%)

Підготовка до операції включала: цитологічне підтвердження відсутності малігнізації ШМ, виключення стопкою ановуляції й інших причин порушення менструального циклу, уточнення діагнозу субмукозної локалізації вузла за допомогою дилатації і кюретажу, гістероскопії або інших методів діагностики, оцінку ризику операції з врахуванням анемії і рішення питання про антианемічну терапію, здобуття документальної згоди пацієнтки на те, що у разі потреби або інтраопераційних ускладнень об'єм операції може бути розширений до ГЕ.

Використовувана нами методика міомектомії комбінованим лапароскопічним і вагінальним доступом включала лапароскопічний і вагінальний етапи.

Лапароскопічний етап включав введення маткового маніпулятора до накладення пневмоперитонеуму. Використовувалися 3 лапароскопічних проколи з установкою торакарів: перший десятиміліметровий пупковий, два п'ятиміліметрових в правій і лівій клубових областях. Після діагностичної ЛС виконувалося відновлення нормальних анатомічних взаємин в порожнині таза, порушених унаслідок спайкового процесу, ідентифікацію сечоводів (при необхідності), розтин серозної оболонки матки і виділення міоматозного вузла з поетапним здійсненням гемостазу за допомогою біполярного коагулятора, а, потім лігування і пересічення судинної ніжки вузла за наявності останньої. Вузол занурювався з гумовий контейнер.

При чисто субсерозному розташуванні вузла і відсутності глибокої інвазії в м'язовий шар ушивання рани матки не виконувалося, для профілактики виникнення спайкового процесу в післяопераційному періоді використовувалися синтетичні бар'єрні матеріали. Виконувалася задня кольпотомія.

Видалений вузол в контейнері віддалявся через кольпотомний отвір. При розмірах вузла, що перевищують розміри рани, виконувалася фрагментація вузла через кольпотомну рану.

Етап фрагментації здійснювався таким чином. Після виконання задньої кольпотомії кульовими щипцями в рану зводився контейнер з видаленим фіброїдом. Після цього виступаюча в рану частина фіброматозного вузла захоплювалася кульовими щипцями, підтягувалася в рану і відсікалася скальпелем.

Перед повним відсіканням фрагмента кульові щипці накладалися на наступний видимий фрагмент вузла. Таким чином, міома віддалялася фрагментарно до тих пір, поки розміри частини, що залишилася, відповідали розмірам вагінальної рани. Після видалення препарату на кольпотомну рану накладався П-подібний шов, піхва туго тампонувалася на 3-4 години.

У випадках субсерозно-інтрамуральної локалізації вузлів, наявності необхідності ушивання рани матки до вищеперелічених маніпуляцій виконувалося трансвагінальне ушивання ложа фіброматозного вузла однорядним або дворядним швами. Черезпіхвове ушивання рани можливе при локалізації міоми, що видаляється, в області задньої і бічних поверхонь матки, дна матки, і неможливо, коли міома матки розташована по передній стінці матки.

Після ушивання кольпотомної рани лапароскопічно здійснюється контроль гемостазу і дренування малого таза.

Середня тривалість втручання склала 52,7±0,5 хв. і варіювала від 40 до 90 хвилин у хворих з міомами матки великих розмірів, особливо поєднанні з малою ємкістю піхви, тобто в тих, що не народжують.

Тривалість знаходження хворих в стаціонарі складала 2-3 дні. Величина крововтрати не перевищувала 350 мл ні в жодному з випадків, а у середньому, склала 150,2±15,3 мл.

Зареєстровано одне серйозне ускладнення – кровотеча з ушитої рани матки через 7 годин після закінчення операції (виконана реЛС, здійснення гемостазу, гемотрансфузія, хвора виписана з одужанням на п’яту добу).

Лапароскопічні міомектомії виконувалися за загальноприйнятою методикою [26, 181] з використанням морцелятора.

Результати порівняльного аналізу виконання міомектомії комбінованим лапароскопічним та вагінальним доступом, лапароскопічним та лапаротомним доступом представлені в таблиці 3.4. За основними показниками отримані результати виконання міомектомії комбінованим лапароскопічним і вагінальним доступом і лапароскопічним доступом відрізняються один від одного, перш за все тривалістю операції. Використання морцелятора для видалення препарату, з одного боку, помітно збільшує час операції, а з іншого, порушує дотримання онкологічних принципів,

так, в разі злоякісної природи вузла, призводить до поширення онкологічного процесу.

Таблиця 3.4

Порівняльна оцінка результатів виконаних міомектомій

Параметри оперативних втручань	Комбінований лапароскопічний і піхвовий доступ, n=43	Піхвовий доступ, n=50	ЛТ, n=86
Тривалість операції, хв.	55,1±4,3*	105,2±6,2	62,3±5,1
Крововтрата, мл	171,4±8,2*	230,2±12,5	305,7±8,3
Діаметр макропрепарату, см	11,2±1,4	8,3±00,8	12,6±1,2
Інтраопераційні ускладнення	-	1 (2%)	2 (2,3%)
Післяопераційні ускладнення	1 (2,3%)	-	2 (2,3%)
Післяопераційний койко-день, діб	4,8±0,5*	5,4±0,7	7,6±0,6

Примітка. Достовірність відносно підгрупи із лапаротомією * – $p<0,05$.

Іншим важливим питанням, що виникає в процесі виконання лапароскопічної міомектомії, є вибір: чи досить використання біполярної коагуляції в зоні ложа вузла, або, необхідне накладення ендошвів. Це питання залишається дискутабельним, оскільки віддалені результати доки не дозволяють зробити остаточні висновки, і вимагає подальшого вивчення.

Переваги використання бар'єрних матеріалів для профілактики спайкового процесу в післяопераційному періоді сьогодні не є очевидними [65, 182]. Оскільки недостатньо віддалених результатів, хоча випадків спайкової непрохідної в ранньому післяопераційному періоді в нашому дослідженні не було. Зменшити час операції, дотримати онкологічні принципи при виконанні лапароскопічної міомектомії нам дозволило поєднання лапароскопічного і вагінального доступу.

З розвитком і впровадженням в широку практику лапароскопічної техніки методом вибору все частіше стає лапароскопічна міомектомія. Проте отримані останніми роками результати виявляють не лише позитивні, але й негативні сторони використання для міомектомії лапароскопічного доступу [112, 185].

Причинами цього, у першу чергу, є невірне визначення показань лапароскопічної міомектомії. Це найчастіше відноситься до пацієнток з фіброматозними вузлами субсерозно-інтрамуральної локалізації, особливо при великих розмірах останніх.

Іншою групою хворих, що викликають серйозні інтраопераційні труднощі, є пацієнтки з атиповим розташуванням вузлів, частіше в області перешийка матки в безпосередній близькості з матковими судинами. У таких ситуаціях значно підвищується ризик розвитку інтраопераційних ускладнень (кровотеча, поранення суміжних органів тощо) і часто призводить до конверсії доступу.

Протипоказання до лапароскопічної міомектомії наступні: розміри матки більше 14 тижнів, розміри міоми більше 10-12 см, множинні (більше трьох) міоми матки, субмукозное розташування міоми.

У той же час, вагінальний доступ дозволяє розширити спектр показань для виконання міомектомії малоінвазивними доступами.

У міру накопичення досвіду у використанні вагінального доступу для міомектомії, адекватного виставляння показань і протипоказань (з урахуванням особливостей локалізації, кількості міоматозних вузлів, правильної оцінки достатності доступу), сьогодні вся більша кількість міомектомій виконується нами лише вагінальним доступом.

Використовувана нами методика включає наступні етапи операції. Якщо після ультразвукового і інших методів дослідження залишаються сумніви в локалізації, розмірах і кількості фіброматозних вузлів необ-

хідно як перший етап виконати діагностичну ЛС, оскільки ревізія органів малого таза через задню кольпотомну рану вельми обмежена.

У тому випадку, якщо ж ситуація не вимагає уточнення діагнозу операція відразу може бути почата вагінальним доступом. Для зменшення кровоточивості і крововтрати під час операції ми інфільтруємо слизову оболонку заднього зведення піхви розчином адреналіну (1 мл 0,1% адреналіну на 500 мл фізіологічного розчину), потім виконуємо задню кольпотомію.

Серозна оболонка матки фіксується кульовими щипцями або вікончастим затиском і виводиться в рану. При необхідності можливо проведення інфільтрації розчином адреналіну тканин матки довкола фіброматозного вузла. Наступним етапом виконується розріз серозної оболонки матки над вузлом.

Розріз має бути адекватний локалізації і розмірам вузла, і, за можливості, на максимально можливій відстані від крупних маткових судин. Фіброматозний вузол фіксується кульовими щипцями, поетапно виділяється і виводиться в рану.

Якщо розміри вузла перевершують розміри кольпотомної рани, ми використовуємо метод фрагментації або кускування вузла (техніка його виконання аналогічна такій при вагінальній ГЕ). Після видалення вузла на рану матки накладаються два ряди швів.

В світлі багаточисельних дискусій про спроможність швів на матці після міомектомії при використанні різних доступів необхідно відзначити, що шви, накладені на матку з вагінального доступу, ідентичні швам при лапаротомній міомектомії, тобто спроможність їх не викликає сумніви.

Виконується контроль гемостазу, матка занурюється в черевну порожнину, кольпотомна рана ушивається наглухо.

3.3 Використання сучасних технологій гінекологічних операцій

Були проведені дослідження по можливості використання апарату «ЛігаШу» (Liga Sure – Vessel Sealing System компанії Tyco Healthcare Group LP) при виконанні ГЕ лапароскопічним і вагінальним доступом. На відміну від традиційних коагуляторів система «ЛігаШу» не висушує тканини, а розплавляє білки судинної стінки, перетворюючи їх на гомогенну міцну пломбу, що з часом розсмоктується (колагенат). Міцність отриманого колагенату у декілька разів перевищує величину артеріального тиску систоли в судині і порівняна лише з клішуванням або перев'язкою судини. Загоєння проходить без відторгнення колагенату. Асептичний запальний процес зазвичай на тиждень коротше, ніж при лігуванні судин шовним матеріалом в аналогічних умовах. Здійснюється, що особливо коштовно, точно дозована подача енергії до тканин. Автоматичне завершення дії відбувається через 2-6 секунд. Надійний гемостаз досягається при роботі з судинами до 7 мм. «Заварювання» пасм тканин можливе без виділення судин (вени або артерії). При використанні «ЛігаШу» в рані не залишається чужорідного матеріалу – кліпс, лігатур тощо.

Наш досвід роботи з «ЛігаШу» налічує 36 ГЕ з використанням лапароскопічного доступу і 21 ГЕ вагінальним доступом.

Етапи операції вагінальної ГЕ з використанням «ЛігаШу» мало чим відрізняються від стандартної вагінальної ГЕ з використанням лігатур [27, 186].

Після гідропрепаровки слизової оболонки піхви (застосовувався фізіологічний розчин з адреналіном – 1 мл 0,1% розчину адреналіну на 500 мл фізіологічного розчину), виконувався радіальний розтин слизової оболонки піхви на рівні зведень.

Далі сечовий міхур і пряма кишка зміщувалася краніально, виконувалася задня кольпотомія, пересічення міхурно-маткових зв'язок.

При необхідності виконувалася передня кольпотомія, пересічення і лігування крижово-маткових в'язок, кардинальних зв'язок, маткових судин.

Матка виводилася в рану, при необхідності фрагментувалася, препарат віддалявся після пересічення круглих маткових зв'язок і власних зв'язок яєчників з матковими трубами. Далі виконувався гемостаз, накладалися 2 обвивних шва на очеревину, кукси зв'язок і слизову оболонку піхви.

На закінчення при необхідності піхві туго тампонувалося на 4-5 годин.

Результати дослідження (виконання лапароскопічної і вагінальної ГЕ з використанням апарату «ЛігаШу») представлені в таблиці 3.5.

Таблиця 3.5

Результати лапароскопічної і піхвової гістеректомії з використанням апарату «ЛігаШу»

Характеристики	Лапароскопічна ГЕ з використанням «ЛігаШу», n=57	Піхвова ГЕ з використанням «ЛігаШу», n=57
Кількість операцій	36 (63,2%)	21 (36,8%)
Розміри матки, тиж.	9,1±0,5	5,2±0,3
Час операції, хв.	55,3±5,2	45,2±4,3
Об’єм крововтрати, мл	75,3±7,1	90,5±6,4

Резюмуючи результати дослідження щодо використання системи «ЛігаШу» необхідно відзначити хороший гемостатичний ефект, який досягається використанням апарату «ЛігаШу», значне зменшення часу операції, інтраопераційної крововтрати.

Ускладнень при виконанні операцій з використанням даної методики відмічено не було.

Проте не можна не сказати, що дані переваги вживання «ЛігаШу» можливі при досить строгому дотриманні показань і протипоказань до використання даної методики.

Хороший гемостатичний ефект можливий при роботі з судинами діаметром не більше 5-7 мл, а це означає, що вживання «ЛігаШу» можливо при розмірах матки не більше 9-10 тиж. (при лапароскопічній ГЕ) і 5-6 тиж. – при вагінальній ГЕ. Окрім невеликих розмірів матки для виконання вагінальної ГЕ необхідні хороші умови для зведення матки, тобто наявність пролапсу. Це пояснюється тим, що для досягнення ефективного гемостазу необхідна повна відсутність натягнення судин при їх лігуванні даним методом. Спроби лігування судин апаратом «ЛігаШу» при виконанні вагінальної ГЕ при розмірах матки більше 10 тиж. і відсутності пролапсу були безуспішні, оскільки за таких умов досягнення гемостазу даним методом неможливе.

Отже, протипоказаннями для виконання лапароскопічної і вагінальної ГЕ з використанням апарату «ЛігаШу» є:

- розміри матки більше 9-10 тиж. при лапароскопічному і 5-6 тиж. при вагінальному доступі;
- відсутність пролапсу статевих органів при вагінальній ГЕ.

Виконано 270 оперативних втручань при різних хірургічних і гінекологічних захворюваннях. Відразу необхідно відзначити, що операції можна принципово розділити таким чином.

Втручання, при яких необхідно видалити з черевної порожнини змінений орган, що має на увазі установку хоч би одного троакара з мінімальним діаметром 10 мм (для зручності тут і далі при калібруванні троакарів вказується максимальний діаметр інструменту, який може бути використаний).

Операції, при яких необхідно виконати кліпіювання трубчастих структур, накласти скріпки тощо. Для стандартних кліп-апликаторів і

степлерів необхідний 10 мм троакар. Ці ж інструменти п’ятиміліметрового діаметру застосовні далеко не завжди (5 мм степлер з пружинними фіксаторами незручний при перитонізації протеза, 5 мм кліп-аплікатор дозволяє використовувати лише кліпси SMALL (3,1 х 3,5 мм). І, нарешті, втручання, які можна виконати, використовуючи виключно інструменти для мініЛС.

Ґрунтуючись на власному досвіді і даних літератури, враховуючи особливості інструментів, загальними протипоказаннями до використання мінілапароскопічної методики ми вважаємо:

- всі захворювання і стани, що є протипоказанням до планового оперативного втручання, загальної анестезії і накладення напруженого карбоксиперитонеума (у тому числі вагітність, запальні зміни передньої черевної стінки тощо);
- наявність рубців на передній черевній стінці, перенесені раніше операції на органах черевної порожнини, що дозволяє передбачати наявність спайкового процесу (варіанти уточнення – УЗД, діагностична ЛС);
- ожиріння II-III ст.

Необхідно відзначити, що мінілапароскопічна технологія особливо показана при виконанні діагностичної ЛС при різних хірургічних і гінекологічних захворювання, у тому числі і ургентних [123, 189].

Слід сказати, що дана процедура є складнішою і трудомісткою порівняно зі стандартною ЛС при практично однакових діагностичних можливостях. При необхідності придатково вводиться 2 мм інструмент для пальпації, інструментальної ревізії.

Місце введення залежить від передбачуваного діагнозу. Можливе виконання хромосальпінгоскопії.

При мініЛС для накладення карбоксиперитонеуму використання спеціальної голки є обов'язковим.

Останнім часом спостерігається розширення спектру і збільшення об'єму ендовідеохірургічних операцій в гінекологічній практиці [17, 194],

що зумовлено рядом відомих достоїнств – зниженням травматичності та больового синдрому у пацієнтів в післяопераційному періоді.

Зважаючи на вищезгадані причини актуальним стає використання мікрохірургічного інструментарію, оскільки за допомогою останнього удається досягти кращих результатів в плані зниження травматичності порівняно зі стандартними ендовідеохірургічними методиками.

Вживання мікрохірургічного інструментарію практикувалося при наступних операціях: ендокоагуляція ендометріоїдних гетеротипій, сальпінгооваріолізіс, біопсія яєчника, енуклеація кіст яєчників, тубектомія, операція стерилізації.

Точки постановки торакарів при мінілапароскопічних операціях аналогічні таким при стандартній ЛС з приводу генітальної патології.

Лапароскоп встановлюється через 2,0-3,5 мм порт в нижній крапці Калька (можливий варіант установки 5 мм лапароскопу), 2 робочих торакари встановлюються в клубових областях, а їх діаметр залежить від вихідної патології і об'єму мінілапароскопічного втручання.

Вибір мінілапароскопічного інструментарію залежить від об'єму операції при безплідді. Розглянемо варіанти, що найбільш часто зустрічаються.

1. Хромпертубація і сальпінгооваріолізіс.

Лапароскоп встановлюється через 2,0-3,5 мм порт в нижній крапці Калька, 2 робочих торакари встановлюються в клубових областях, їх діаметр складає 2 мм. Після проведення діагностичної ЛС через гістерограф вводиться метиленова синька під візуальним контролем. У випадках, коли досить обмежити об'єм операції роз'єднанням спайок в області придатків матки

2. Тубектомія.

За наявності змін в маткових трубах (гідросальпінкс, сактосальпінкс), коли виконання органозберігаючих операцій (сальпінгооваріолізіс) безперс-

пективне, виконується тубектомія. Лапароскоп встановлюється через 2,0-3,5 мм порт в нижній крапці Калька, 2 робочих торакари встановлюються в клубових областях. Діаметр порту в лівої клубовій області – 2 мм, а в правій, залежно від розмірів препарату, що видаляється, може складати 5 або 10 мм. Техніка операції аналогічна техніці традиційної лапароскопічної тубектомії з використанням біполярних затисків.

3. Декортикація яєчників.

У випадках відсутності патологічних змін в маткових трубах і діагностуванні склерокістозу яєчників виконується декортикація яєчників.

Декортикація яєчників може бути виконана в двох варіантах:

- з узяттям біопсії;
- без узяття біопсії.

У першому випадку лапароскоп встановлюється через 2-3,5 мм порт в нижній крапці Калька, 2 робочих торакари встановлюються в клубових областях, діаметр лівого – 2 мм, діаметр правого – 5 мм. Виконується поверхнева резекція обох яєчників, біоптати віддаляються через праве 5-мм торакарний отвір. При другому варіанті діаметр обидва робочих торакарів – 2 мм. Техніка операції полягає в нанесенні «насічок» монополярним гачком на поверхні обох яєчників довжиною 5-7 мм, завглибшки 2-3 мм, в кількості 5-7 штук.

4. Операція мінілапароскопічної стерилізації.

Лапароскоп встановлюється через 2,0-3,5 мм порт в нижній крапці Калька, 2 робочих торакари встановлюються в клубових областях, їх діаметр складає 2 мм. Техніка операції полягає в коагуляції біполярними затисками істмічних відділів маткових труб з обох боків з подальшим їх пересіченням.

Видалення кіст яєчників з використанням мінілапароскопічної техніки доцільно у випадках хірургічного лікування кіст невеликих розмірів з тонкою капсулою, що легко відділяється.

Лапароскоп встановлюється через 2,0-3,5 мм порт в нижній крапці Калька, 2 робочих торакари встановлюються в клубових областях, діаметр лівого – 2 мм, діаметр правого – 5 мм.

Виконується енуклеація яєчника, препарат віддаляється через праве 5-мм торакарний отвір. Після видалення препарату гемостаз здійснюється біполярним затиском.

Видалення кіст великих розмірів з товстою капсулою мінілапароскопічно недоцільно, оскільки при даній маніпуляції ми відзначали високий ризик пошкодження мінілапароскопічних інструментів.

Крім того, при евакуації препарату необхідно розширювати правий торакарний отвір до 10 мм, що вже мало відрізняє в плані травматичності дану операцію від звичайної лапароскопічної енуклеації яєчника.

Хірургічне лікування ендометріозу з використанням мінілапароскопічної техніки включає три основних маніпуляції:

- коагуляція вогнищ ендометріозу
- розтин спайок
- видалення ендометріоїдних кіст.

У перших двох випадках лапароскоп встановлюється через 2,0-3,5 мм порт в нижній крапці Калька, 2 робочих торакари встановлюються в клубових областях, їх діаметр складає 2 мм.

3.4 Порівняльні аспекти різних доступів при гінекологічному пролапсі

Нами було виконано 115 операцій по корекції пролапсу геніталій із використанням малоінвазивних доступів. У досліджувані групи входили пацієнтки з опущенням і випаданням геніталій, що вимагають хірургічного лікування. Рішення про об'єм хірургічного лікування приймалося індивідуально і, перш за все, із врахуванням віку. Молодшим пацієнткам і жінкам, що активно живуть статевим життям, виконувалися

операції з використанням лапароскопічного доступу зі збереженням матки (лапароскопічна сакровагінопексія, лапароскопічна апоневротична вагінопексія, лапароскопічна операція Берча). Хворим літнього віку у випадках рецидивних форм пролапсу виконувалися операції з використанням проленових протезів. Крім того, за наявності стресового нетримання сечі при напрузі одномоментно проводилася його корекція трансобтураторною операцією з використанням меш-слінга.

Пластика цистоцеле. Першим нашим досвідом пластики цистоцеле було використання сітки Меш. На початку такі операції виконувалися у пацієнток з цистоцеле по методиці, схожій з традиційною передньою кольпорафєю [20, 195], з тією лише різницею, що надлишок слизової оболонки не сікся (при операціях з використанням меш-протезів слід категорично уникати будь-якого натягнення), а перед ушиванням слизової оболонки піхви між нею і стінкою сечового міхура укладався викроєний за розміром і формою меш-протез.

Проте дана методика мала вельми обмежені показання до застосування, оскільки використовувалася в основному для хірургічного лікування цистоцеле. Тим часом для хірургічного ж лікування тотального пролапсу жіночих гені талій, особливо у пацієнток молодого віку і що активно живуть статевим життям, були потрібні ефективніші методики операцій. Добрі результати дало комбіноване використання малоінвазивних доступів (вагінального і лапароскопічного).

Вагінальним шляхом виконується ГЕ, а лапароскопічним – вагінопексія. Комбінований доступ (вагінальний + лапароскопічний).

При повному випаданні матки і піхви нами зроблено хірургічне лікування з використанням комбінації вагінального і лапароскопічного доступів. Спочатку виконується вагінальна ГЕ стандартним способом з використанням звичайного шовного матеріалу або ЛігаШу. Техніка операції вагінальної ГЕ з використанням ЛігаШу описана в підрозділі 3.2.

Наступним етапом для корекції пролапсу задньої стінки піхви ми використовували лапароскопічний доступ. Виконувалися дві методики:

- лапароскопічна сакровагінопексія;
- лапароскопічна апоневротична вагінопексія.
- лапароскопічна сакровагінопексія.

З вагінального доступу до задньої стінки піхви підшивалася поліпропіленова сітка, потім, під контролем лапароскопу, вона проводилася зачеревно і фіксувалася лапароскопічними швами до окістя крижів.

Вагінопексія виконувалася в два етапи. Фіксація куполу піхви поліпропіленовою сіткою до апоневрозу передньої черевної стінки здійснювалася таким чином. Дві смужки 1,0х15,0 см поліпропіленової сітки підшивалися між слизовою оболонкою задньої стінки піхви і тазовою очеревиною, після чого підшита до куполу піхви поліпропіленова сітка занурювалася в черевну порожнину. Піхва ушивалася наглухо обвивними швами.

Наступним етапом була ЛС. З бічних торакарних отворів лапароскопічні затиски проводилися зачеревно до ушитого куполу піхви, ними захоплювалися вільні сторони поліпропіленової сітки з обох боків, які і виводилися через освічені зачеревні канали на передню черевну стінку. Після чого без натягнення сітка фіксувалася окремими швами до апоневрозу передньої черевної стінки, надлишок сітки відсікався підшкірно, торакарні рани ушивалися.

Всього ми виконали 41 операцію, серед яких виконано 29 лапароскопічних апоневротичних вагінопексій і 12 лапароскопічних сакровагінопексій. Всі ці операції були виконані поєднано з вагінальною ГЕ. За наявності пролапсу передньої стінки в 12 випадках виконувалася мешпластика (3 випадки) передньої стінки піхви і передня вагінальна екстраперитонеальна реконструкція тазового дна (9 операцій). У 8 пацієнток зі стресовим нетриманням сечі хірургічне лікування доповнювалося антистресовою операцією.

Всі операції виконувалися під ендотрахеальним наркозом. Тривалість операції залежала від кількості методик (етапів), що виконуються у кожному конкретному випадку. Середній вік хворих склав 47,4±3,2 років.

Інтраопераційних ускладнень не було. У одному спостереженні після лапароскопічної апоневротичної вагінопексії через 2 місяці після операції був діагностований рецидив – повне випадання піхви. Даній пацієнтці була виконана повторна операція – тотальна вагінальна екстраперитонеальна реконструкція тазового дна з хорошим результатом. Решта пацієнток відзначали, що цілі, поставлені перед операцією, були досягнуті. У всіх спостереженнях пацієнтки відзначали поліпшення якості життя.

Проводячи порівняльний аналіз виконаних лапароскопічних апоневротических вагінопексій і лапароскопічних сакровагінопексій, ми не відзначали істотних відмінностей в результатах операцій по суб'єктивних оцінках прооперованих пацієнток. З точки ж зору техніки виконання операції варіант лапароскопічної апоневротичної вагінопексії простіший для виконання, ніж лапароскопічна сакровагінопексія, особливо при виконанні даних операцій у хворих з вираженим ожирінням 2-3 ст.

Дані операції показані молодшим пацієнткам, що активно живуть статевим життям. Показово, що ні в жодному випадку після даних операцій скарг на проблеми зі статевим життям пред'явлено не було.

Отже, при всіх втручаннях здійснений адекватний індивідуальний підхід як з точки зору кількості етапів операції, так і з технічної точки зору.

Техніка виконання операції екстраперитонеальної кольпопексії наступна. Хворій додається типове положення для вагінальної операції із сильно приведеними ногами. В уретру вводиться постійний катетер Фолея. Виконується гідропрепаровка слизової оболонки піхви розчином адреналіну (на 500 мл 0,9% фізіологічного розчину 1 мл 0,1% розчину

адреналіну). Потім виконується розріз слизової оболонки піхви на 2-3 см проксимальніше зовнішнього отвору сечовипускального каналу через купол піхви до шкіри промежини. Поважно розітнути не лише слизову оболонку піхви, але й належну фасцію. Широко мобілізується шляхом отсепаровки задня стінка сечового міхура з розтином замикальних отворів.

Для правильної установки протеза під контролем вказівного пальця через шкіру за допомогою спеціальних провідників перфорується мембрана замикального отвору в двох максимально віддалених один від одного місцях з проведенням стилетів латеральніше сухожильної дуги парієнтальної фасції малого таза. За допомогою провідників сітчастий протез встановлюється між стінкою сечового міхура і фасцією. Рана слизової оболонки піхви ушивається наглухо. При цьому недопустимо ні посічення «надлишків» слизовою оболонкою, ані найменше її натягнення.

Наступним етапом розкривається задня вагінальна стінка з належною ректально-вагінальною перегородкою, виконується широка мобілізація передньої стінки прямої кишки, оголюється ішіоректальний клітчастий простір, ідентифікуються сідничі ості і сакроспінальні зв'язки.

Через шкіру промежини латеральніше і назад на 3-4 см від анусу стилетами робилася перфорація сакроспінальних зв'язок на 2 см медіальніше місця прикріплення до сідничої кістки. За допомогою провідників «меш-протез» встановлюється без натягнення, розміщуючись безпосередньо під стінкою піхви. Слизова оболонка піхви ушивається наглухо безперервним швом. Піхва тампонується туго.

З урахуванням вживання спінальної анестезії постійний катетер і тампон видаляються на наступну добу.

Даний тип втручання виконано у 38 жінок. Нами було виконано 7 (18,4%) передніх кольпорафій з використанням меш софтвер, 14 (36%) передніх екстраперитонеальних кольпопексій, 8 (21,1%) задніх і 9 (23,7%) тотальних екстраперитонеальних кольпопексій.

У 19 з цих пацієнток (50%), які бажають зберегти матку і не мають органічної патології, об'єм операції обмежився лише установкою протеза, а в решти виконано вагінальну ГЕ поєднано з імплантацією сітки.

18 (47,4%) пацієнткам був проведений ендотрахеальний наркоз, а в 20 (52,6%) випадках використовувалася спінальна анестезія. З профілактичною метою всім пацієнткам за 30 хвилин до операції внутрішньовенно вводилися антибіотики. Інтраопераційних ускладнень ні в жодному випадку відмічено не було.

У двох випадках (5,3%) спостерігалися ускладнення у вигляді ерозій слизової оболонки піхви з пролабіюванням проленової сітки. Даний фрагмент сікся, призначався курс овестину (у формі вагінальних свічок), дефект слизової оболонки благополучно епітелізувався через 2-3 тижні. З набуттям досвіду щодо використання даної методики та її вдосконаленню, зокрема зменшення довжини розрізу слизової оболонки піхви, відмова від посічення надлишків слизової оболонки, ушивання ропи без натягнення – даних ускладнень не спостерігалося.

Вивчені віддалені результати в терміни від 2-х місяців до 2-х років. Більшість прооперованих жінок були задоволені результатами операцій. Всіма було відмічено поліпшення якості життя, пов'язаної зі здоров'ям. Лише у однієї пацієнтки зберігався дискомфорт, обумовлений, за її словами, наявністю протеза. При цьому об'єктивних видимих патологічних змін виявлено не було.

З причини малої кількості ускладнень при аналізі не удалося виявити сприяючі чинники ризику їх розвитку.

Обстеження пацієнток в нашому контингенті починалося з ретельного збору анамнезу. Збір анамнезу обов'язково включав наступні запитання:

- чи є епізоди мимовільного виділення сечі?
- що, на думку пацієнтки, призвело до нетримання сечі?

- ступінь вираженості симптомів нетримання сечі (+, ++, +++)?
- анамнез захворювання?
- кількість сечовипускань за день (менше 5, 5 і більше)?
- кількість сечовипускань за ніч (менше 5, 5 і більше)?
- яке лікування проводилося раніше (хірургічне – так/немає)?

Всім хворим окрім загальноклінічного обстеження, аналізу щоденників самоспостереження за сечовипусканням було проведено комплексне уродинамічне дослідження (КУДД) [26, 198]. Після встановлення остаточного діагнозу стресового нетримання сечі всім хворим було запропоноване і проведене хірургічне лікування.

Лапароскопічна позадилонна кольпопексія латеральним доступом (модифікація операції Берча) була зроблена шести пацієнткам. У наших дослідженнях ми виконували лапароскопічну позадилонну кольпопексію латеральним доступом [211].

Техніка операції в короткому викладі полягає в наступному. Торакари вводяться в типових крапках. По бічних кордонах сечового міхура з обох боків виконується розріз очеревини, сечовий міхур тупо отсепаровується медіально, внаслідок чого оголюються пупартови зв'язки з обох боків і передня стінка піхви. З обох боків на пупартови зв'язки і стінку піхви з обох боків накладаються підвішуючі шви, які зав'язуються без натягнення, призначенням яких є створення «гамака» для підтримки середньої третини уретри.

У результаті хірургічного лікування даним методом у всіх прооперованих пацієнток були усунені симптоми стресового нетримання сечі. Післяопераційний койко-день склав 5,2±0,4 дня. Ускладнень не було. Спостереження за даними пацієнтками (максимально 7 років) не виявило рецидивів захворювання. Проте, не дивлячись на добрі результати виконання даної операції, значне зниження травматичності за рахунок використання лапароскопічної модифікації, пошук щодо вживання

нових методів лікування нетримання сечі при напрузі продовжувався. Річ у тому, що лапароскопічна операція Берча по виконання складніша, ніж оригінальний метод. Саме це послужило перешкодою до її широкого поширення і змусило нас продовжити пошуки (поза рамками техніки Берча). Відомо, що точкою придатка, тобто місцем, місце розташування якого вимагає корекції для усунення симптомів нетримання сечі, є середня 1/3 уретри. Це добре ілюструє проведення простої кашельної проби. Пацієнтці, що знаходиться на гінекологічному кріслі, пропонують покашляти. За наявності інконтиненції спостерігається підтікання сечі. Зафіксувавши середню 1/3 уретри пальцями, після повторного покашлювання підтікання сечі не спостерігається. Це підтверджує, що причиною інконтиненції є зсув при напрузі середньої 1/3 уретри.

Відтоді, коли в 1995 р. Ulmsten and Petros розробили TVT (tension-free vaginal tape operation), пластику вільною синтетичною петлею, а в 2001 р. вперше вийшла робота Delmas з результатами операцій з приводу нетриманні сечі при напрузі у жінок з використанням трансобтураторного розташування проленової петлі, ці слінгові операції стали золотим стандартом в лікуванні стресового нетримання сечі (TVT, TVT-o, уроcлінг, TVT-S). Відтоді постійно розробляються і упроваджуються нові модифікації даної методики, направлені на підвищення ефективності операції і зменшення кількості ускладнень [217].

Основні етапи операції наступні: після введення постійного катетера Фолея на провіднику і гідропрепаровки виконується подовжній лінійний розріз на 1 см проксимальніше зовнішнього отвору сечовипускального каналу довжиною 1 см. Слизова оболонка піхви отсепаровувалась і позадилонно вводилися стилети для проведення сітчастого протеза. Наступним етапом операції було виконання діагностичної цистоскопії для ревізії слизової оболонки сечового міхура. Переконавшись в цілісності сечового міхура, сітчастий протез після видалення поліети-

ленового футляра фіксувався без натягнення. Рана слизової оболонки ушивалася, піхва туго тампонувалася.

Нами було виконано всього 8 таких операцій. У всіх випадках був досягнутий необхідний результат – нетримання сечі було усунене. Інтраопераційних ускладнень не було. В одному спостереженні в післяопераційному періоді діагностована ерозійність сіткою слизової оболонки піхви. Пролабіруюча ділянка сітчастого протеза була посічена. Призначалися свічки овестин №10. Через 2 тижні була відмічена повна епітелізація даної ділянки слизової оболонки. Треба відзначити, що дане ускладнення не вплинуло на результат операції.

Іншим ефективним методом для лікування стресового нетримання сечі у жінок є модифікація, яка відрізняється від попередньої місцями проведення сітчастого протеза. Після катетеризації сечового міхура виконується лінійний розріз слизової оболонки сечового міхура на 1 см нижче за зовнішній отвір сечовипускального каналу довжиною 1 см.

Поважно, аби була розкрита і належна фасція. Потім робляться тунелі до обтураторного отвору з обох боків, через яких і проводяться зігнутої форми провідники із сітчастим протезом.

Відрізняється від попереднього він лише тим, що провідник поводиться не з боку піхви через обтураторний отвір на внутрішню поверхню стегна, а з внутрішньої поверхні стегна з розрізу 1 см, на 2 см вище за зовнішній отвір сечовипускального каналу і 2 см назовні від внутрішнього стегнового згину. Провідник перфорує замикальний отвір під контролем пальця і виходить назовні з розрізу слизової оболонки піхви.

Нами виконано 45 таких операцій. Інтраопераційних ускладнень не зареєстровано. У 43 (95,6%) пацієнток сечовипускання стало нормальним відразу після операції. У післяопераційному періоді двоє хворих відзначили повну нормалізацію функції сечовипускання лише через 1,5 місяця

після операції. Вочевидь, це було пов'язано з надмірним натягненням сітчастого протеза. Ерозій піхви відмічено не було.

Відповідно в першому варіанті обов'язкове виконання діагностичної цистоскопії.

Проте, обидві методики мають наступні безперечні переваги перед іншими антистресовими операціями:

- володіють високою ефективністю;
- обидві є мінімально інвазивними маніпуляціями;
- можуть виконуватися під місцевою або загальною анестезією;
- тривають 15-20 звилин;
- супроводжуються мінімальною травматизацією тканин;
- протез точно розташовується під ділянкою, відповідною середній третині уретри;
- їх можна використовувати при поєднаних операціях;
- для їх виконання використовується пролен, біосумісність і ефективність якого підтверджена багаточисельними клінічними спостереженнями;
- супроводжуються мінімальною кількістю інтра- і післяопераційних ускладнень.

Частота ерозій піхви після введення сітчастих протезів коливається за даними літератури від 0 до 30% [24, 236].

У наших дослідженнях ми спостерігали 3 (3,3%) ерозії стінки піхви. Було виконано посічення пролабіюючих ділянок сітки з подальшим призначенням вагінальних свічок «Овестин». У решті випадків сітчастий протез благополучно проріс довколишніми тканинами. Повного відторгнення сітчастого протеза, що вимагає видалення сітки, ми не спостерігали.

Отримана в наших спостереженнях частота ерозій при використанні сітчастих протезів не перевищує допустимих 5% [26, 242].

Характеристика 1 основної групи і 1 групи порівняння пацієнток, прооперованих з приводу пролапсу геніталій представлена в таблиці 3.6.

Таблиця 3.6

Характеристика груп дослідження (операції з приводу пролапсу геніталій)

Параметри оперативних втручань	Операції по корекції пролапсу геніталій з використанням малоінвазивних доступів та сітчастих імплантів (1 основна група), n=115	Традиційні піхвова ГЕ поєднано з передньою та задньою кольпорафією (1 група порівняння), n=75
Вік пацієнток, роки	58,2±4,2	62,3±3,5
Тривалість операції, хв.	42,1±4,8*	86,4±5,6
Крововтрата, мл	155,0±7,2*	254,1±8,6
Інтраопераційні ускладнення	-	3 (4%)
Післяопераційні ускладнення	3 (3,3%)	3 (4%)
Післяопераційний койко-день, діб	3,3±0,3*	7,2±0,5

Примітка. Достовірність відносно 1 групи порівняння * – $p<0,05$.

3.5 Оцінка якості жінок після різних гінекологічних операцій

Характеристика пацієнток, прооперованих з приводу міоми матки (радикальні операції) (n=263), представлена в таблиці 3.7. У результаті вживання малоінвазивних доступів для ГЕ зареєстроване одне серйозне ускладнення – поранення сечового міхура (виконана ЛТ, ушивання рани сечового міхура, ГЕ, хвора виписаний з одужанням на 12 добу). У одному випадку в ранньому післяопераційному періоді був діагностований перикультіт. Після проведення антибактеріальної і інфузійної терапії настало одужання. Перехід на ЛТ виконаний лише один раз (у випадку, описаному вище).

Таблиця 3.7

Характеристика пацієнток, прооперованих з приводу міоми матки

Характеристики	ЛТ	Піхвовий доступ	Комбінований (лапароскопічний + піхвовий) доступ
Кількість операцій	110	57	96
Післяопераційний койко-день	77,1±1,5	3,1±0,3	4,2±0,2
Кількість днів непрацездатності	21,4±1,5	100,3±1,5	12,2±1,1
Тривалість операції	67,2±6,3	45,4±4,2	61,1±6,1
Ускладнення інтраопераційні	4 (3,64%)	1 (0,65)*	-
Ускладнення післяопераційні	5 (4,5%)	1 (0,65)*	-

Примітка. Достовірність відносно комбінованого доступу ** – $p<0,05$.

При виконанні ГЕ з використанням лапаротомного доступу зареєстровані наступні ускладнення: інтраопераційно – 2 поранення сечового міхура і 2 поранення сечоводів. У ранньому післяопераційному періоді було виявлено 2 перикультіта і 3 підапоневротичних гематоми передньої черевної стінки.

Післяопераційний койко-день і кількість днів непрацездатності після традиційних лапаротомічних ГЕ в 2 рази перевищили аналогічні показники, отримані після виробництва аналогічних операцій малоінвазивними доступами.

Після операції протягом двох років у хворих після ГЕ малоінвазивними доступами не було виявлено клінічних ознак спайкового процесу органів черевної порожнини, порушення функції суміжних органів. Пацієнтки не відзначали значно виражених порушень сексуальної функції.

Середня тривалість втручання, виконаного малоінвазивними доступами, склала 52,7±0,5 хв. і варіювала від 40 до 90 хв. у хворих з міомами матки великих розмірів, особливо поєднано з малою ємкістю піхви, тобто в тих, що не народжують. Тривалість знаходження хворих в стаціонарі складала 2-3 дні. Величина крововтрати не перевищувала 350 мл в жодному з випадків, а в середньому склала 150,1±15,3 мл. При цьому зареєстровано одне серйозне ускладнення – кровотеча з ушитої рани матки через 7 годин після закінчення операції (виконана релапароскопія, здійснення гемостазу, гемотрансфузія, хвора виписана з одужанням на п'яту добу).

За основними показниками отримані результати виконання міомектомії комбінованим лапароскопічним і вагінальним доступом і лапароскопічним доступом відрізняються один від одного, перш за все тривалістю операції. Оскільки недостатньо віддалених результатів, хоча випадків спайкової непрохідної в ранньому післяопераційному періоді в нашому дослідженні не було. Зменшити час операції, дотримати онкологічні принципи при виконанні лапароскопічної міомектомії нам дозволило поєднання лапароскопічного і вагінального доступу.

Післяопераційний койко-день і кількість днів непрацездатності після традиційних лапаротомічних ГЕ в 2 рази перевищили аналогічні показники, отримані після виробництва аналогічних операцій малоінвазивними доступами.

При огляді 93 жінок через 2-10 років після міомектомії з використанням малоінвазивних доступів загальний хороший стан відмічено в 65 (69,9%), задовільний – у 26 (28,0%), і незадовільний в 2 (2,2%).

Незадовільний стан залежав від супутнього захворювання (гіпертонія, захворювання серцево-судинної або нервової системи) і не був результатом перенесеної операції.

До операції нормальні менструації спостерігалися в 25 (26,9%), різні порушення менструального циклу були відмічені в 68 (73,1%), у тому числі дисфункціональні маткові кровотечі виявлені в 57 (61,3%) хворих.

Найчастіше ми діагностували гіперполіменорею, яка в основному супроводила інтрамурально-субмукозноме і субмукозне розташуванню вузлів.

Метроррагія була у 19 (20,4%) пацієнток, причому в 15 (16,1%) мало місце підслизове розташування вузлів.

Крім того, серед інших порушень спостерігалися альгодисменорея, гіпоопсоменорея тощо.

З метою профілактики рецидивів захворювання 65 (69,9%) жінок після органозберігаючих операцій, отримували гормональну терапію агоністами гонадотропін-релизинг гормонів протягом 4-6 місяців (бусерелін, золадекс, діферелін). На тлі вказаних препаратів практично у всіх пацієнток один раз пройшла менструація, а потім встановилася аменорея. Менструальний цикл відновився, у середньому, через 30-45 днів після припинення прийому перерахованих препаратів. Відмічено скорочення тривалості менструацій до 5 днів, значне зменшення об'єму менструальної крововтрати (що визначалося кількістю використовуваних прокладок), частоти і тяжкості дисменореї. Рецидив захворювання виявлений в 11 (11,8%): у двох хворих після комбінованого (хірургічне + гормональне) лікування і у 9 (9,7%) пацієнток, що не отримували гормональні препарати.

Діагностовані рецидиви захворювання: міома матки в 6 (6,5%), гіперплазія ендометрія – у 2 (2,2%), міома матки і поліп ендометрія – у 3 (3,2%). Всім пацієнткам виконані повторні оперативні втручання в адекватному об'ємі. У 21 (22,6%) жінки протягом 9-24 місяців після операції настала маткова вагітність. Всі вони раніше прооперовані мало-інвазивними доступами. У 12 (12,9%) жінок зроблено кесарів розтин при доношеному терміні, у 7 (7,5%) – кесарів розтин в 36-37 тижнів вагітності, у 2 (2,2%) – мимовільні неускладнені пологи. Трубна вагітність діагностована у 1 (1,1%) пацієнтки. Протягом вагітності і в пологах ні в

жодної з оперованих і спостережуваних нами жінок не було неспроможності рубця на матці після міомектомії.

Порівняльна оцінка якості життя пацієнток, що перенесли хірургічні операції з приводу гінекологічних захворювань традиційними і малоінвазивними доступами.

Спостережуване в світі збільшення загальної тривалості життя жінки ставить перед охороною здоров'я завдання продовжити період діяльності, суспільно корисному життю, тобто поліпшити якість життя. З медичної точки зору якість життя є вельми переконливим доказом результативності оперативного втручання, його доцільності [110].

Оцінка якості життя осіб, що перенесли хірургічне лікування, представляє особливу складність через багатофакторний вплив на даний показник. Аби звернути спеціальну увагу на наслідки (як позитивні, так і негативні) хірургічного втручання в тимчасовому аспекті, ми визнали методично за кращий порівнювати суб'єктивні дані до і після операції.

Характерно, що незалежно від доступу і інших технічних прийомів, наслідки хірургічного лікування приблизно однакові (деякі відмінності є, але вони статистично недостовірні при $p<0,05$). Очевидні відмінності на користь інноваційних методів спостерігалися в інтра- і найближчий постопераційний період у вигляді:

- зменшення тривалості операції;
- меншій інвазивності втручання;
- меншою травматичности втручання;
- створення сприятливих умов для надання анестезіологічного посібника з мінімальним ступенем ризику;
- меншої крововтрати.

Зовсім не претендуючи на доскональну розробку даних про якість життя, ми проаналізували вибірково лише деякі інтеграційні симптоми: біль, стомлюваність, депресія.

Так, необхідність «щадити себе» зареєстрована в кожної третьої жінки, що перенесла ГЕ, в кожної восьмої після міомектомії і в кожної другої після ліквідації пролапсу (що, втім, зрозуміло). У всіх трьох перерахованих підгрупах традиційний варіант хірургічного лікування супроводжується удвічі гіршими показниками (критерій χ^2 рівний 0,75; 0,9; 2,5 відповідно).

Аналогічна закономірність прослідила відносно болю, що «заважає» переносити післяопераційний період (критерій χ^2 рівний 0,35; 0,14; 0,23 відповідно).

Отже, за підсумками опиту можна стверджувати, що досить висока частка пацієнток, в яких після оперативного лікування зберігся низький рівень якості життя. Зокрема від 17,3 до 27% хворих відзначають стійку депресію. Відомо, що скарги на болі, що збереглися, і депресію зазвичай поєднуються (коефіцієнт кореляції, r=+0,45).

Напрошується потреба в призначенні антидепресантів і в психологічному супроводі.

Вельми показова скарга на порушення сечовипускання, що веде до лікування, особливо при пролапсі. Після операції порушення сечовипускання збереглося у 14,8% жінок, що оперуються з використанням сітчастих імплантатів, і в 53,3% після традиційної кольпоррафії (критерій χ^2=3,22, тобто наближається до достовірного).

То ж відноситься до «відчуття дискомфорту» в області промежини, яке збереглося в 11,4% після операцій з використанням сучасних методик і в 40% після традиційних втручань. Не дивлячись на те, що відмінність статистично не підтверджується (критерій χ^2=2,3), чотирикратне підвищення цього параметра після класичної ГЕ з кольпоррафією не може розцінюватися як випадковість.

Відносно занять силовими видами спорту і піднімання тягарів у повсякденному житті значні обмеження виникали у 13% жінок іннова-

ційної підгрупи і у 77,3% пацієнток традиційної підгрупи (критерій χ^2=8,2; тобто висока достовірність). Певні обмеження, що виникли в процесі статевого життя, виражаються меншими цифрами (χ^2=3,7; вірогідність 94%).

Ми даємо собі звіт в тому, що на підставі опиту, виконаного через рік після операції, не можна робити остаточні висновки через суб'єктивність даних характеристик. Відновлення гомеостатичних реакцій і досягнення задовільної реабілітації відбувається не рівномірно і не прямолінійно. Проте, створилося виразне враження про вищу якість життя у жінок, що перенесли втручання з використанням інноваційних методів. В історичному плані виявляються наростаючі складнощі при наданні хірургічної допомоги жінкам з гінекологічною патологією. Постійне вдосконалення методики і техніки втручань більше не супроводжується (як це було раніше) різким поліпшенням якості життя.

Отже, результати проведених досліджень свідчать, що запропонований нами диферецiйований підхід до використання різних доступів оперативних втручань із залученням сучасних ендоскопічних методик дозволяє підвищити якість хірургічного лікування доброякісних новоутворень матки та яєчників. Отримані результати дозволяють нам рекомендувати удосконалений алгоритм для широкого використання в практичній охороні здоров’я.

Матеріали даного розділу були використані у наступних публікаціях:

1. Бойко АВ, Терехов ВА. Прогнозування розвитку кіст та доброякісних пухлин яєчників у жінок репродуктивного віку. Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П. Л. Шупика. 2019;35:62–6.

2. Бойко АВ, Терехов ВА. Вплив органозберігальних операцій на яєчниках на менструальну функцію жінок Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П. Л. Шупика. 2019;36:64–70.

3. Терехов ВА. Медичні та соціальні аспекти позаматкової вагітності. Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П. Л. Шупика. 2020;37:105–11.

4. Терехов ВА. Вплив репродуктивного анамнезу на розвиток та перебіг позаматкової вагітності. Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П. Л. Шупика. 2020;38:90–5.

5. Вдовиченко ЮП, Бойко ВІ, Терехов ВА. Діагностика і лікування абдомінальних ускладнень після гінекологічних ендоскопічних операцій. Репродуктивне здоров'я жінки. 2021;1:75–9.

6. Терехов ВА. Абдомінальні ускладнення після гінекологічних ендоскопічних операцій: діагностика та лікування. Перинатологія та репродуктологія: від наукових досягнень до практики [Електронне науково-практичне видання]. 2021;1:73–83.

7. Терехов ВА. Вплив органозберігаючих операцій на яєчниках на менструальну функцію жінок. Перинатологія та репродуктологія: від наукових досягнень до практики [Електронне науково-практичне видання]. 2022;3:38–43. DOI: 10.52705/2788-6190-2022-03-6

8. Терехов ВА. Позаматкова вагітність: сучасні медичні та соціальні аспекти. В: Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П. Л. Шупика: тези матеріалів науково-практичного семінару в форматі телемосту «Клінічні рекомендації в практиці акушера-гінеколога» (20 лютого 2020 року, Київ-Дніпро-Кривий Ріг-Запоріжжя). 2020;37:142.

9. Терехов ВА. Трубна вагітність у жінок із різним репродуктивним анамнезом. В: Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П. Л. Шупика: тези матеріалів науково-практичного семінару в форматі телемосту «Клінічні рекомендації в практиці акушера-гінеколога» (12 березня 2020 року, Київ-Тернопіль-Хмельницький). 2020;38:114.

РОЗДІЛ 4
ОРГАНОЗБЕРІГАЮЧІ ОПЕРАЦІЇ ПРИ ГОСТРИХ ГНІЙНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ придаткІВ МАТКИ

4.1 Найближчі результати органозберігаючих операцій

Як було описано в третьому розділі, у всіх 210 пацієнток було виконано оперативне втручання з приводу ГГЗДМ. У 105 (58,3%) хворих під час вступу до стаціонару відразу була виконана екстрена ЛС за наступними показаннями – підозра на внутрішньочеревну кровотечу (позаматкова вагітність, що урвалася, і апоплексія яєчника) – у 34 (16,2%); підозра на перекрут ніжки цистаденоми яєчника – в 15 (8,3%), на розрив піосальпінксу – у 28 (15,6%); необхідність виключення гострої хірургічної патології – у 29 (16,1%). 30 хворим після постановки попереднього діагнозу було виконано оперативне лікування лапаротомічним доступом (нижньосерединна ЛТ) через підозру на розрив піосальпінксу в 27 (12,9%), у 2 (2,8%) – на перекрут ніжки цистаденоми яєчника, у 1 (1,4%) – на позаматкову вагітність.

Після огляду лікарем в приймальному відділенні у 68 (32,4%) пацієнток виставлений діагноз – гострий сальпінгоофорит, у 2 (0,9%) – гострий ендоміометрит, у 3 (1,4%) – дисфункціональна маткова кровотеча, у 2 (0,9%) – гострий холецистит. У 75 (41,5%) хворих відразу після вступу почата комплексна інфузійна, антибактеріальна, протизапальна, дезінтоксикаційна терапія. Лікування хворих ГГЗДМ проводили комплексно. Ураховуючи явища інтоксикації, в лікування включали детоксикаційну терапію. Антибактеріальну терапію проводили емпірично з урахуванням дії на широкий спектр збудників. З антибактеріальних препаратів використовували наступні схеми: напівсинтетичні пеніциліни порівняно з цефалоспорінами. Для дії на анаеробну флору і трихомонади застосовували препарати метронідазолу, а також імуномодулятори.

Зважаючи на терапію, що проводиться, у 46 (25,5%) хворих через відсутність ефекту від консервативного лікування протягом 24-48 годин і у 29 (16,1%) пацієнток через погіршення клінічної картини захворювання вирішено було виробити оперативне втручання лапароскопічним доступом (табл. 4.1).

Таблиця 4.1

Тривалість консервативної терапії до проведення ЛС у хворих із ГГГЗДМ

Тривалість консервативної терапії, години	Кількість хворих	
	абс.	%
Від 24 до 32	16	7,6
Від 32 до 40	25	11,9
Від 40 до 48	34	16,2
Всього	75	35,7

Критеріями відсутності ефекту від лікування були збереження або посилення больового синдрому, збереження або наростання перитонеальної симптоматики, почасової приріст рівня лейкоцитів, наростання тахікардії, температури тіла. В процесі лікування збереження больового синдрому на тлі лікування, що проводиться, відзначали всі пацієнтки: у 40,6% – зменшення інтенсивності болю, у 21,7% – посилення, у 35,2% – без динаміки. У 37,8% пацієнток не дивлячись на зменшення інтенсивності болю, показанням для оперативного лікування було зростання рівня лейкоцитів в крові порівняно з початковим.Отже, у 105 (58,3%) пацієнток ЛС виконана відразу, у 75 (41,7%) відстрочено.

Під час ЛС у 16 (7,6%) пацієнток 2 основної групи виявлена картина гострого гнійного сальпінгоофориту, ускладненого пельвіоперитонітом. При візуальному огляді в позадиматковому просторі виявлений гноє-

видний випіт, гіперемійована, ін'єктована очеревина малого таза. Маткові труби були набряклими, гіперемійованими з накладеннями фібрину. Фімбріальні відділи маткових труб вільні, при натисканні маніпулятором з них підтікав каламутний вміст. У 4 (1,9%) спостереженнях у 2 групі порівняння візуальні зміни на органах черевної порожнини також відповідали гострому гнійному сальпінгоофориту.

Однобічний піосальпінкс виявлений в 47 (22,4%) хворих 2 основної групи і в 12 (5,7%) спостережуваних 2 групи порівняння. Практично у всіх спостереженнях були гноєвидний випіт, площинні спайки, що фіксують маткову трубу до задньої поверхні матки, до стінки таза. При цьому, маткова труба з одного боку виглядала потовщеною до 3-8 см, набряклою, гіперемійованою з точковими крововиливами на поверхні і запаяним фімбріальним відділом. Друга маткова труба була набрякла, гіперемійована, з фімбріального відділу підтікав каламутний вміст.

При двобічних піосальпінксах у 69 (32,9%) спостереженнях в 2 основній групі і у 8(3,8%) пацієнток 2 групи порівняння ці зміни були виявлені в обох маткових трубах. При гострому запальному процесі маткових труб, особливо гнійного характеру, вторинний оофорит спостерігався, практично, постійно. Виявлялися такі поверхневі зміни, як наявність петехіальних крововиливів, яєчники були дещо збільшені в розмірах із згладженою поверхнею і наявністю перифокального злипливого процесу у 98 (54,4%) пацієнток. У 38 (21,1%) хворих вищеописані зміни не визначалися.

Тубооваріальний абсцес з одного боку виявлений в 23 (12,8%) оперованих 1 основної групи, у 4 з них порівняно з піосальпінксом з іншого боку, а також в 5 (16,7%) хворих з 2 групи порівняння. Візуально тубооваріальний абсцес в області придатків матки визначався як конгломерат розмірами від 5-6 до 12 см, в який залучені маткова труба, яєчник, прилеглі петлі кишечника, сальник. При формуванні тубооваріального

абсцесу спостерігалися обширні спайки між трубою, яєчником, маткою, петлями кишечника, стінкою таза з щільною капсулою, що відмежовує гнійну порожнину від довколишніх тканин з подальшим утворенням абсцесу.

У 19 (10,6%) пацієнток 1 основної групи виявлений абсцес малого таза розмірами від 5,5 до 11,0 см. Межі абсцесу були представлені стінками таза, матковими трубами, петлями товстого кишечника. Порожнина абсцесу обмежена від довколишніх тканин щільною капсулою. У 2 групі порівняння дана клінічна картина нами не виявлена.

Піовар з одного боку виявлений в 6 (3,3%) хворих у 2 основної групі і у 1 (3,3%) пацієнтки в 2 групі порівняння. Візуально він представлений об'ємним утворенням яєчника з гнійною порожниною розміром до 6 см в діаметрі, що має щільну капсулу і накладення фібрину. У позадиматковому просторі у всіх спостереженнях видно каламутний, серозно-гнійний і гнійний випіт. При огляді парієнтальна очеревина виглядала тьмяною, набряклою, гіперемійованою з наявністю петехіальних крововиливів на поверхні. Такі ж зміни відбувалися і з серозною оболонкою петель кишечника. При цьому, виявлялися зміни в рилеглих до малого таза органах і тканинах – набряк і різке посилення судинного малюнка в сальнику, зміна кольору вісцелярної очеревини і прилеглих петель кишечника (остання ставала тьмяною, з наявністю одиничних крововиливів), виявлялося помірне здуття петель кишечника.

У 64 з 210 (30,5%) пацієнток не лише в малому таза, але й в латеральних каналах черевної порожнини, а також між петлями кишечника і під печінкою виявлялася значна кількість каламутного гноєвидного випоту. Виявлення подібних змін у верхніх відділах черевної порожнини свідчило про наявність розлитого перитоніту. Ознаки пельвіоперитоніту виявлені у 98 (54,4%) пацієнток 2 основної групи і в 30 (100,0%) хворих 2 групи порівняння.

Зрештою при проведенні оперативного втручання були виявлені наступні клінічні форми гнійно-запального процесу придатків матки (табл. 4.2).

Таблиця 4.2

Розподіл хворих ГГЗДММ за основними клінічними формами

Клінічні форми захворювання	2 основна група		2 група порівняння	
	абс.	%	абс.	%
Сальпінгіт - гострий гнійний двобічний, - ускладнений пельвіоперитонітом	 16 12	 8,9 6,7	 4 4	 13,3 13,3
Піосальпінкс - однобічний - двобічний - з них з пельвіоперитонітом	 47 69 59	 26,1 38,3 32,8	 12 8 20	 40,0 26,7 66,7
Однобічний піовар з них з пельвіоперинітом	6 2	3,3 1,1	1 1	3,3 3,3
Однобічний тубооваріальний абсцес, з них з пельвіоперитонітом	23 15	12,8 8,3	5 5	16,7 16,7
Абсцес малого таза, з них з пельвіоперитонітом	19 10	10,6 5,6	- -	- -
Всього	180		30	

Слід зазначити, що у 174 (96,7%) пацієнток 2 основної групи і в 26 (86,7%) з 2 групи порівняння інтраопераційно виявлені ускладнені форми ГГЗДМ: однобічний і двосторонній піосальпінкси, тубооваріальні абсцеси, абсцеси малого таза, однобічні піовари. Об'єм оперативного втручання при ГГЗДМ визначали індивідуально, зважаючи на наступні моменти: вік жінки, наявність дітей, бажання пацієнтки зберегти дітородну функцію, ступінь ураження органів малого таза під впливом запального процесу. Середній час від моменту госпіталізації до початку оперативного втручання склав 76,2±7,5 хв.

Об'єм операції при гнійному сальпінгоофориті з наявністю спайкового процесу в малому таза полягав в проведенні аспірації патологічного випоту, сальпінгооваріолізис і санації малого таза. При виконанні сальпінгооваріолізис свіжі, рихлі спайки розділялися тупо за допомогою дисектора, васкуляризовані за допомогою мікроножиць. Як правило, при вперше виниклому ГГЗДМ, рихлі спайки між органами малого таза розділяли тупим шляхом, тобто «вимиваючим» рухом бічної поверхні будь-якого маніпулятора. Для дбайливішого розділення органів використовували аквадисекцію. Поважно відзначити, що набряклість і легка травмованість придатків матки на тлі запальних змін диктувало необхідність дбайливого проведення маніпуляцій. Тому при необхідності фіксації маткових труб ми використовували лише атравматичні щипці. У 1 (3,3%) пацієнтки з 2 групи порівняння була виконана тубектомія з двох боків з приводу гострого гнійного сальпінгоофориту. Вік хворої в даній клінічній ситуації не був вирішальним чинником в об'ємі оперативного втручання.

При однобічному піосальпінксі у пацієнток 2 основної групи в 32 (17,8%) спостереженнях удалося виконати сальпінгостомію, у 15 (8,3%) пацієнток – маткову трубу зберегти не удалося, унаслідок виражених змін у вигляді ригідності і склерозування її стінки. У всіх 12 (40,0%) пацієнток з 2 групи порівняння за наявності однобічного піосальпінксу виконувалася одностороння тубектомія.

При виявленні двобічних піосальпінксів в 2 основній групі в 56 (31,1%) хворих виробили сальпінгостомію з двох боків, у 4 (2,2%) – видалення однієї маткової труби, розтин і спорожнення іншої, тубектомія з двох боків у 9 (5,0%) пацієнток. У 2 групі порівняння у всіх 8 (26,7%) хворих було виконано видалення обох маткових труб.

У 15 (8,3%) пацієнток з 2 основної групи з тубооваріальним абсцесом виконаний розтин абсцесу, лізис спайок і однобічна аднексектомія,

в 6 (3,3%) – аднексектомія з одного боку і тубектомія з іншого, в 2 (1,1%) – тубектомія з одного боку. У 2 групі порівняння в 5 (16,7%) хворих за наявності тубооваріального абсцесу виконаний його розтин, а також однобічна аднексектомія.

Виконаний розтин абсцесу малого таза і відновлення правильного анатомічного співвідношення органів малого таза, лізис спайок у 16 (8,9%) спостереженнях у хворих 2 основної групи. У 3 (1,7%) пацієнток з абсцесом малого таза після розтину абсцесу, розділення спайок і відновлення анатомо-фізіологічного співвідношення органів малого таза удалося виконати однобічну сальпінгостомію з одного і тубектомію з двох боків в 2 (1,1%).

У 6 (3,3%) пацієнток 2 основної групи за наявності піовару виконана однобічна аднексектомія порівняно з адгезіолізисом. Той же об'єм оперативного втручання виконувався і у 1 (3,3%) пацієнтки 2 групи порівняння за наявності піовару з одного боку.

У 2 (1,1%) спостереженнях у пацієнток 2 основної групи був перехід до лапаротомічного доступу. У 1 (0,6%) пацієнтки 30 років (в анамнезі – череворозтин по Пфанненштілю з приводу трубної вагітності, що перервалася за типом розриву маткової труби), унаслідок вираженого спайкового процесу, що послужив причиною десерозування товстого кишечника при ЛС, прийнято рішення продовжити операцію шляхом череворозтину. Об'єм оперативного втручання був представлений аднексектомією з одного боку, санацією і дренуванням черевної порожнини по приводу піовару.

Друга інверсія на ЛТ у пацієнтки 23 років також була зумовлена вираженим спайковим процесом без чіткої візуалізації меж тканин. Під час ЛС діагностований гострий запальний процес у придатках матки з формуванням абсцесу малого таза. В результаті за допомогою спільної бригади гінеколог-хірург виконана нижньосерединна ЛТ, розділення

спайок, двостороння тубектомія, дренування черевної порожнини. Крім того, через залучення відростка в запальний процес і неможливості його виділення виконана апендектомія.

Порівнюючи результати лікування пацієнток в 2 основній групі і 2 групі порівняння можна зробити наступні висновки. У 2 основній групі у пацієнток з гострим гнійним сальпінгоофоритом проводилася санація і дренування малого таза, тоді як у пацієнток 2 групи порівняння в одному спостереженні виконана тубектомія з двох боків. При деструктивних формах ушкодження в 2 групі порівняння частіше, ніж в 2 основній групі були виконані тубектомії, аднексектомії, а сальпінгостомії не виконувалися ні в жодному спостереженні.

Тривалість лапароскопічних операцій варіювала від 15 до 130 хв. Середній час перебігу лапароскопічних операцій склав 44,8±4,6 хв. Тривалість оперативного лікування залежала від ступеня вираженості спайкового процесу і пов'язаної з цим складності виконання адгезіолізису. Від успішності виконання адгезіолізису залежала можливість виконання органозберігаючого об'єму лікування і можливість закінчити операцію в умовах лапароскопічного доступу.

У разі виявлення вираженого спайкового процесу час операції збільшувався і складав, в середньому, 50,2±4,6 хв. Тривалість проведення оперативного втручання в 2 групі порівняння склала 70,6±8,5 хв. Ускладнень під час операції в 2 основній групі і 2 групі порівняння зафіксовано не було.

У результаті проведених оперативних втручань були виконані наступні об'єми операцій, представлені в таблиці 4.3. За результатами отриманих даних слід зазначити, що у 94 (52,2%) пацієнток 2 основної групи і тільки в 3 (10,0%) хворих з 2 групи порівняння удалося виконати максимально щадний об'єм втручання: сальпінгооваріолізис, розтин маткових труб з одного і двох боків, санацію малого таза.

Таблиця 4.3

Об’єм оперативного втручання у пацієнток із ГГЗДМ

Об’єм операції	2 основна група		2 група порівняння	
	абс.	%	абс.	%
Сальпінгооваріолізис, санація малого таза	6	8,9	3	10,0
Сальпінгостомія з одного боку	33	18,3	-	-
Сальпінгостомія з двох бооків	45	25,0	-	-
Тубектомія з одного боку	17	9,4	12	40,0
Тубектомія з двох боків	11	6,1	9	30,0
Аднексектомія з одного боку	21	11,7	6	20,0
Вскриття абсцесу малого таза	16	8,9	-	-
Тубектомія з одного боку і аднексектомія з другого	6	3,3	-	-
Тубектомія з одного боку і сальпінгостомія з другого	4	2,2	-	-
Всього	180		30	

Операції закінчувалися дренуванням малого таза у 53 (29,4%) пацієнток в 2 основній групі. У 2 групі порівняння всі операції закінчувалися дренуванням малого таза, у 18 (60,0%) хворих з використанням кольпотомного дренажу. Протягом першої доби після операції дренаж в черевній порожнині знаходився в 53 з 71 (74,6%) пацієнток, до 2 діб у 6 (8,5%) пацієнток, до 3 діб в 4 (5,6%) хворих. Показанням для продовження дренування був значний об'єм відокремлюваного через дренаж із черевної порожнини. Максимальний термін дренування – 5 діб у 3 (4,2%) пацієнток, при цьому дренаж використовувався ще і для введення антибіотиків до черевної порожнини.

Уточненню етіології запального процесу сприяло проведення бактеріологічного дослідження ексудату [20], отриманого під час ЛС.

У посівах (33) вмісту з черевної порожнини на флору виявлені наступні мікроорганізми: S.epidermidis у 21 спостереженні, S. Aureus в п'яти, E. Coli у 4 пацієнток, Microccocus luteus (2) і Aeromonas sobria (1). Обов'язковим компонентом цього дослідження було визначення ступеня чутливості мікроорганізмів до антибактеріальних препаратів. Як виявилося S.epidermidis, S. Aureus і Aeromonas sobria найбільш чутливі до цефотаксиму, цефтриаксону, ципрофлоксацину. Цефуроксим, амікацин, гентаміцин, ципрофлоксацин володіють найбільш вираженою ефективністю відносно E. Coli. Microccocus luteus чутливий до амоксициліну. У 157 (87,2%) спостереженнях в 2 основній групі і в 20 (66,7%) хворих в 2 групі порівняння зростання мікроорганізмів в середовищі не отримано. Після здобуття результатів проводилася корекція антибактеріальної терапії з урахуванням ступеня чутливості.

Післяопераційна динаміка скарг у пацієнток 2 основної групи полягала в наступному: 61(33,9%) хвора відзначала практично повне зникнення больового синдрому до 2 діб, 76 (42,2 %) до 3, 108 (60,0 %) до 4 діб після оперативного втручання. При цьому, наркотичні анальгетики використовувалися лише у 3 (1,7%) пацієнток протягом першої доби після операції. Призначення ненаркотичних анальгетиків було потрібне в 100% хворих впродовж першої доби, у 121 (67,2 %) пацієнтки – до 3 діб після операції.

Пацієнтки 2 групи порівняння (25) вказували на виражений больовий синдром протягом 3 діб післяопераційного періоду в 83,3% спостережень. Зникнення больового синдрому до 5 діб відзначили 18 спостережуваних (60,0%), до 7 діб 26 хворих (86,7%). У пацієнток 2 групи порівняння наркотичні анальгетики використовувалися протягом 3 діб у всіх хворих.

Ненаркотичні анальгетики були використані у 21 (70,0%) пацієнтки до чотирьох діб післяопераційного періоду.

Нормалізація температури тіла відмічена в 57 (31,7 %) хворих 2 основної групи протягом двох діб, у 49 (27,2%) пацієнток протягом тьох діб, в останніх – на 5-6 добу після оперативного втручання. У 2 групі порівняння температура тіла досягла нормальних показників в половини пацієнток на 4-5 добу, у 15 (50,0%) спостережуваних лише на 7-8 добу. При гінекологічному огляді, виконаному на 4-6 добу після операції, хворобливі рухи за ШМ відмічені у 37 (20,6%) пацієнток 2 основної групи і в 22 (73,3%) хворих 2 групи порівняння. При дворучному дослідженні у всіх спостереженнях у пацієнток обох груп об'ємних утворень в області малого таза виявлено не було. Огляд області придатків матки був помірно хворобливим в 45 (25,0%), чутливим в 67 (37,2%), в останніх 68 (37,8%) пацієнток 2 основної групи безболісним. У 2 групі порівняння на хворобливість огляду вказували 24 (80,0%) спостережувані. Безболісним гінекологічний огляд не був ні у кого. Симптоми роздратування очеревини в нижніх відділах живота в спостережуваних в 2 основній групі зберігалися в 22 (12,2%) протягом перших 2 діб, в 2 групі порівняння в 20 (66,7%) до 3 діб після операції. У 2 основній групі слизисто-гнійні і гнійні виділення з піхви визначалися в 34 (18,9%) хворих протягом першої доби, у 11 (6,1%) пацієнток на 2 доби. У 2 групі порівняння виділення з піхви продовжувалися у 27(90,0%) пацієнток до трьох діб після операції.

За даними результатів клінічного аналізу крові, кількість лейкоцитів крові встановлювалася в межах нормальних значень в 2 основній групі в 51 (28,3%) хворих на 2 добу після операції, ще у 24 (13,3%) пацієнток на третю добу.

Відсутність лейкоцитозу у всіх пацієнток спостерігалася до 5 доби. У 2 групі порівняння в половини хворих в аналізах крові був відсутній лейкоцитоз на четверту добу, в 28 (96,7%) показників нормалізувалися на 6-7 добу.

З метою проведення візуального контролю за перебігом післяопераційного періоду в черевній порожнині і корекції лікування у 93 пацієнток (51,6%) 2 основної групи були проведені санаційно-динамічні ЛС. Показаннями для виконання динамічних ЛС служили: недостатній ефект від лікування – збереження больового синдрому, підвищеного рівня лейкоцитів, підвищення температури тіла у 34 (36,5%) пацієнток. Для контролю за динамікою запального процесу, а також з метою підвищення ефективності лікування і збереження репродуктивної функції в 42 (45,1%) хворих виконані санаційно-динамічні ЛС. У 17 (18,3%) спостереженнях динамічні операції виконувалися через погіршення клінічної симптоматики на тлі терапії, що проводилася: посилення больового синдрому, перитонеальної симптоматики, підвищення температури тіла. З них 6 пацієнток з гострим сальпінгітом, ускладненим пельвіоперитонітом, 4 хворі з тубооваріальним абсцесом і 7 – із загостренням хронічного сальпінгоофориту з утворенням піосальпінксів з 2 боків. У 68 (73,1%) спостереженнях була виконана одна динамічна ЛС, яка здійснювалася на першу або другу добу після операції у 44 (64,7%) пацієнток, в 23 (33,9%) спостереженнях – на третю і четверту добу, у однієї (1,5 %) хворої – на п'яту добу. У 25 (26,9%) пацієнток ступінь тяжкості запального процесу потребував проведення від двох (22,6 %) до чотирьох (4,3 %) динамічних ЛС.

У таблиці 4.4 представлений об'єм оперативного втручання, виконаних під час перших і динамічних ЛС. Час проведення першого контрольного дослідження був вибраний нами в процесі здійснення динамічних ЛС. При проведенні досліджень було встановлено, що вже в першу добу після операції починався процес формування рихлих спайок, «фібринозних» склеювань. Фібринозні спайки були сформовані вже через 24 години після першої ЛС, і характер їх практично не змінився до 2-3 діб. Через це перша динамічна ЛС проводилася на 12 добу після ЛС. В той же час, при підозрінні на прогрес запального процесу або післяопераційне ускладнення динамічна ЛС виконувалася екстрено.

Таблиця 4.4

Об'єми операцій у пацієнток 2 основної ггрупи під час екстрених та динамічних лапароскопій

Діагноз	Об'єм операцій	Об'єм операцій під час динамічних ЛС	Кількість
Гострий сальпінгоофорит, n=14	Лізис спайок, санація малого таза	Лізис спайок, санація малого таза, у 1 – апендектомія	14
Пілсальпінкс з одного боку, n=17	Сальпінгостомія з одного боку		17
Піосальпінкс з двох боків, n=35	Сальпінгостомія з двох боків	Лізис спайок, санація малого таза	25
	Тубектомія з двох боків		4
	Сальпінгостомія і тубектомія		2
	Сальпінгостомія з двох боків	Тубектомія з одного боку	2
		Тубектомія з двох боків	2
Абсцес малого таза, n=13	Вскриття абсцесу, сальпінгооваріолізис	Лізис спайок, санація малого таза	9
		Тубектомія з одного боку	3
	Сальпінгостомія з одного боку	Тубектомія з одного боку	1
Тубооваріальний абсцес, n=12	Тубектомія з одного боку	Сальпінгостомія з одного боку	2
	Аднексектомія з одного боку	Лізис спайок, санація малого таза	5
		Тубектомія з одного боку	2
	Аднексектомія і тубектомія	Лізис спайок, санація малого таза	3
Піовар, n=2	Аднексектомія і сальпінгостомія	Лізис спайок, санація малого таза	2

Нами виявлена наступна динаміка запального процесу. При першому контрольному огляді спостерігалося зникнення випоту в 56 з 93 хворих, що мали його при першій ЛС. Слід зазначити, що в 48 з вказаних 53 раніше спостерігався гнійний випіт. В решти 37 зберігалася незначна (до 50 мл) кількість випоту: серозного в 23 спостереженнях, каламутного – у 14. Гіперемія тканин зникла в 45 хворих, у 48 вона зберігалася, але вираженість її значно зменшилася. Набряклість тканин зберігалася у 35 пацієнток, але вираженість її також стала слабкіша. Парієнтальна очеревина залишалася тьмяною, гіперемія її зберігалася в 13 хворих. Спайковий процес в малому таза виявлений у 28 пацієнток. Ліквідований під час першої ЛС спайковий процес, знов виявлений у 24 пацієнток, з них в 5 спайки виявлені в тих місцях, де раніше відсутні. У 4 спостереженнях рихлі спайки, зруйновані при першій операції, не рецидивували. Рецидив рихлих спайок і утворення нових виявлені довкола маткових труб в 22 хворих. У 15 пацієнток виявлені і перитубарні, і периоваріальні спайки: у 11 з одного боку, у 4 з двох боків. У більшості спостережень відмічена фіксація спайками маткових труб до петлі кишечника і матки (в 7), в 4 вони були фіксовані до яєчників, в 5 – до парієнтальної очеревини малого таза, в 2 – до сальника. Фімбріальні відділи маткових труб в 59 спостереженнях були вільними, в 7 відмічено рихле підклеювання фімбріального відділу однієї маткової труби до петлі кишечника (4), до яєчника (3). У всіх вищеописаних спостереженнях спайки були зруйновані тупим маніпулятором.

Отже, у 43 спостереженнях при проведенні першої динамічної ЛС мала місце явна позитивна динаміка в клінічному перебігу захворювання і в лапароскопічній картині, був відсутній спайковий процес. У решті 25 спостереженнях динамічний лапароскопічний контроль був продовжений.

При другій динамічній ЛС в 19 з них були відсутні ознаки запального процесу, про що свідчила відсутність випоту в черевній порожнині,

маткові труби були нормальних розмірів, серозний покрив їх блідо-рожевого кольору. Парієтальна очеревина малого таза не змінена. Спайковий процес під час другої ЛС був відсутній в 15. У 4 спостереженнях відмічений рецидив рихлих спайок, лізированих під час першої динамічної ЛС. У 6 пацієнток з 25 ознак запального процесу зберігалися, але вираженість їх значно зменшилася. У 3 виявлена невелика кількість серозної рідини в порожнині малого таза. Незначна гіперемія і набряклість маткових труб зберігалися у 2 пацієнток. Парієтальна очеревина малого таза у всіх спостереженнях була рожевою, блискучою. Прилеглі петлі кишечника не роздуті, з гладкою блискучою серозою. У всіх спостереженнях виявлений спайковий процес в області придатків матки. З них в 4 відмічений рецидив рихлих спайок, лізированих у момент першої динамічної ЛС: в 2 виявлені перитубарні спайки, в 1 – перитубарні і периоваріальні. У 4 пацієнток з ознаками запального процесу, що зберігаються, візуальний контроль за станом органів малого таза був продовжений.

До моменту третьої динамічної ЛС у 4 пацієнток (у 2 хворих з абсцесом малого таза і в 2 хворих з гострим сальпінгоофоритом з утворенням двобічних піосальпінксів), виконаних на 5-6 добу були відсутні ознаки запального процесу (випіт в порожнині малого таза, гіперемія і набряклість тканин, зміна парієтальної очеревини малого таза), був відсутній також свіжий адгезивний процес. У 2 хворих у момент третьої динамічної ЛС на 7 добу зберігалася набряклість маткових труб. Крім того, відмічений рецидив рихлих спайок, лізированих при другому контрольному огляді.

Четвертий контрольний огляд виконано у 2 пацієнток на восьму добу (з абсцесом малого таза). Ознаки запального процесу були відсутні.

Отже, динамічна ЛС дозволила візуально простежити за зворотним розвитком запального процесу при проведенні комплексної протизапальної терапії.

У більшості спостережень (78,4%) комплексна терапія із застосуванням лапароскопічної санації вже в першу добу усувала симптоми інтоксикації, сприяла купіруванню болю і ознак роздратування очеревини. Всі обстежені пацієнтки відзначали значне поліпшення самопочуття, нормалізувалася або знизилася до субфебрильної температура тіла, помітно зменшилася активність показників крові.

Проведення динамічних ЛС сприяло поліпшенню клінічного перебігу захворювання у всіх без виключення хворих. У всіх спостереженнях спостерігалося поліпшення загального стану, нормалізувалася температура, зникав больовий синдром, нормалізувався вміст лейкоцитів в периферичній крові. При виявленні вираженого спайкового процесу, окрім санації черевної порожнини, проводилося роз'єднання спайок.

Завдяки вживанню динамічної ЛС у 84 (46,7%) пацієнток, при явній клініці перитоніту, вираженій лихоманці, інтоксикації при гострому аднекситі (14), наявності однобічних (17) і двобічних (31) піосальпінксів, абсцесах малого таза (9), піоварі (2), а також тубооваріальних абсцесах (11) удалося виробити органозберігаючий об'єм оперативного втручання.

Проте в 9 спостереженнях при виконанні динамічних ЛС довелося розширити об'єм операції. Одна пацієнтка 15 років поступила в стаціонар через 7 днів після початку захворювання. У стаціонарі була виконана екстрена ЛС з диференціально- діагностичною метою між гострим апендицитом і гострим аднекситом. Інтраопераційно виявлено: гострий аднексит з утворенням піосальпінксів з двох боків, ускладнений пельвіоперитонітом. виконана двобічна сальпінгостомія, санація малого таза. У післяопераційному періоді були виконані 2 санаційних ЛС. Під час другої динамічної операції, враховуючи абсцес малого таза, що формується, виконана тубектомія з двох бків.

Друга пацієнтка 27 років поступила через 96 годин від початку захворювання. У стаціонарі під час вступу вирішено провести консерва-

тивне лікування. Враховуючи неефективність терапії, що проводиться, через 12 годин виконано оперативне втручання. Інтраопераційно виявлений гострий запальний процес в придатках матки з формуванням двобічних піосальпінксів. Об'єм оперативного втручання представлений сальпінгостомією з двох боків. На другу добу при динамічній ЛС, враховуючи запальний процес, що продовжується, виконано видалення однієї маткової труби.

У третьому спостереженні пацієнтка 31 року поводилася зі скаргами через 48 годин від початку захворювання. Протягом 24 годин проводилася консервативна терапія. Враховуючи неефективність лікування, виконана екстрена ЛС, двобічна сальпінгостомія з приводу гострого аднекситу з формуванням піосальпінксів з 2 боків. На другу добу виконана динамічна ЛС, лізис спайок, санація малого таза.

На третю добу під час другої динамічної ЛС вирішено розширити об'єм операції до двобічної тубектомії.

Четверта спостережувана 19 років поступила в стаціонар на 3 добу від моменту початку захворювання. Їй виконана екстрена ЛС. Інтраопераційно виявлений гострий запальний процес в придатках матки з утворенням піосальпінксів з двох боків. Об'єм операції був представлений двобічною сальпінгостомією. На другу добу в результаті погіршення клінічної симптоматики виконана санаційна ЛС, видалення маткової труби з одного боку.

П'ята пацієнтка у віці 22 років звернулася в стаціонар через 10 днів від початку захворювання. Останні 5 днів самостійно приймала антибактеріальні препарати. Під час вступу виконана екстрена ЛС – розтин абсцесу малого таза, лізис спайок, санація малого таза. На другу добу виконана санаційна ЛС. Ураховуючи негативну динаміку, запальний процес, що продовжується в придатках, виконано видалення маткової труби з одного боку.

У шостому спостереженні екстрене оперативне втручання виконане пацієнтці 15 років з диференціально-діагностичною метою між гострим аднекситом і апендицитом. Тривалість захворювання до вступу в стаціонар склала 48 годин. Під час ЛС виставлений діагноз – абсцес малого таза, виконаний його розтин, санація малого таза. У післяопераційному періоді при динамічній операції виконана однобічна тубектомія через запальні зміни, що продовжуються, в трубі з одного боку.

У сьомому спостереженні хвора 22 років поступив через 96 годин від початку захворювання. Самостійно приймала антибактеріальні препарати протягом 48 годин. У стаціонарі під час екстреної ЛС виконаний розтин абсцесу малого таза, сальпінгооваріолізис, після чого представилося можливим виробити сальпінгостомію з одного боку. У післяопераційному періоді виконані 4 санаційні ЛС, в 2 з них – тубектомія з одного боку.

У восьмої пацієнтки 37 років, що поступила через 96 годин від початку клінічної симптоматики, протягом 24 годин проводилася консервативна терапія. Ураховуючи неефективність лікування, під час екстреної ЛС виконаний розтин абсцесу малого таза, сальпінгооваріолізис. На 3 добу при санаційній ЛС виконана тубектомія з одного боку.

У дев'ятої хворої 39 років тривалість захворювання до вступу склала 12 діб. В анамнезі – стаціонарне консервативне лікування з приводу гострого аднекситу місяць тому. Протягом 48 годин проводилося консервативне лікування, потім прийнято рішення виконати ЛС, враховуючи симптоматику, що зберігається. Виконана аднексектомія з одного боку з приводу тубооваріального абсцесу. Під час другої динамічної ЛС об'єм втручання представлений видаленням однієї маткової труби через виражені запальні зміни в ній.

Ми вважаємо, що в даний час лапароскопічна техніка дозволяє проводити органозберігаючи втручання при патологічних станах органів

малого таза, що раніше були абсолютними показаннями для видалення органів (лапаротомічний розріз часто зобов'язав хірурга виконувати радикальніші втручання, навіть у пацієнток молодого віку). Слід вважати неприйнятним проведення ЛТ у пацієнток з гострим гнійним сальпінго-офоритом (3,3% з 2 групи порівняння), оскільки лікування в даних ситуаціях можна виконати при проведенні ЛС.

ЛС дозволяє не лише уточнити форму прояву ГГЗДМ і характер збудника, але і активно втрутитися протягом патологічного процесу. Хірургічні ендоскопічні втручання здійснюються анатомічно і максимально дбайливо, без непотрібної травми суміжних органів.

Після проведення органоззберігаючих операцій в ранньому післяопераційному періоді можливо і доцільне проведення динамічних ЛС, а при зацікавленості в збереженні репродуктивної функції – second-look ЛС. Їх використання в програмі реабілітації покращує результати ендоскопічного лікування і репродуктивний прогноз.

Ми вважаємо, що показаннями до проведення оперативної ЛС у гінекологічних хворих є:

- наявність неясного діагнозу за наявності симптомів гострого живота, необхідність проведення диференціальної діагностики між хірургічною і гінекологічною патологією;

- відсутність позитивного ефекту від антибактеріальної терапії, що проводиться, протягом 24-48 годин у хворих з ГГЗДМ;

- уточнення діагнозу у хворих з ГГЗДМ;

- наявність ГГЗДМ у молодих жінок, що не народжують, для виконання органозберігаючих втручань, направлених на відновлення анатомічних співвідношень і поліпшення результату захворювання і репродуктивного прогнозу

Проаналізувавши отримані результати, ми з'ясували, що до інверсії на ЛТ необхідно було вдатися лише при першій ЛС через виражений

спайковий процес. При динамічних ЛС переходу до лапаротомічному доступу не було. Не дивлячись на прогрес запального процесу в придатках матки, удалося обмежитися лапароскопічним доступом в лікуванні захворювання.

Отже, у пацієнток з ГГЗДМ оперативне лікування лапароскопічним доступом дозволяє вчасно поставити точний діагноз, виконати весь комплекс необхідних лікувальних маніпуляцій. З метою підвищення ефективності лікування і збереження репродуктивної функції доцільне проведення повторних динамічних ЛС. Не дивлячись на наявність гнійного процесу в черевній порожнині, можливе проведення органозберігаючого лікування при високій ефективності його результатів, що особливо актуально для пацієнток репродуктивного віку.

Проте існують ситуації, що вимагають виконання оперативного лікування лапаротомічним доступом. У нашому дослідженні в результаті вираженого спайкового процесу в черевній порожнині в 2 спостереженнях у хворих 2 основної групи зафіксований перехід до ЛТ.

4.2 Віддалені наслідки органозберігаючих операцій

Описані раніше 210 пацієнток були обстежені через 2-3 роки після оперативного лікування. Проведений аналіз менструальної функції, репродуктивної функції після виконання органозберігаючих операцій з приводу ГГЗДМ. Вивчений характер перебігу запального процесу в придатках матки через 2-4 роки після операції.

При аналізі менструальної функції після оперативного втручання нами отримані наступні дані. У переважної більшості пацієнток 2 основної групи (в 153 з 180) характер менструацій не змінився і знаходився в межах норми. У 4 пацієнток через 2 роки після оперативного лікування скоротилася тривалість менструації з 6 до 3 днів, у 5 – вони стали ряснішими. Проте вказані зміни не виходили за межі коливання нормаль-

них значень. 3 обстежені через 2 і 3 роки після запального процесу перенесли оперативне втручання в об'ємі надпіхвової ампутації матки без придатків (2) з приводу міоми матки, менометрорагії і з придатками (1) у зв'язку із супутньою простою серозною цистаденомою яєчника. У 12 спостережуваних – оперативне втручання призвело до зникнення менструальних болів, що мали місце раніше, у 2 – до виникнення дисменореї. У однієї хворої 40 років через 3,5 роки після сальпінгостомії з приводу гідросальпінксу настала постменопауза. У анамнезі (8 і 9 років тому до операції з приводу ГГЗДМ) вона перенесла два череворозтини – резекцію яєчника з приводу розриву кісти жовтого тіла і резекцію контрлатерального яєчника з приводу ендометріоїдної кісти. У пацієнток 2 групи порівняння виявлено наступні зміни в менструальній функції – у 6 хворих менструації стали ряснішими до 6-7 днів. Оперативне втручання їм було виконано з приводу однобічного (4) і двобічних піосальпінксів (2). Порушення ритму менструацій виявлене в 7 спостережуваних в 2 групі, оперованих з приводу піовару (2), двобічних піосальпінксів (2) і тубооваріального абсцесу (3).

Двофазний МЦ за даними ректальної температури і по наявності ехографічних ознак овуляції (домінантний фолікул, вільна рідина в малому таза, візуалізація жовтого тіла) виявлений у більшості обстежених (в 173 з 180) 2 основної групи. У 3 пацієнток (в 2 – тубектомія з одного боку з приводу піосальпінксу, в 1 – однобічна аднексектомія з приводу тубооваріального абсцесу) у віці 46 років зареєстрований моно фазний МЦ. Чотири описані раніше хворі вступили в постменопаузу. У 2 групі порівняння двофазний МЦ зафіксований в 26 з 30 спостережуваних. Монофазний МЦ був у 4 пацієнток у віці від 37 до 42 років, що оперуються з приводу однобічного піовару (1) і піосальпінксів з 2 боків (3).

Отже, при оцінці функції яєчників через 2-3 роки після операції впродовж 3-4 МЦ були отримані дані, представлені в таблиці 4.5.

Таблиця 4.5

Характер МЦ у пацієнток із ГГГЗДМ

Об'єм оперативного втручання	Аменорея				Монофазний цикл				Двохфазний цикл				Всього	
	2 основна		2 порівняння		2 основна		2 порівняння		2 основна		2 порівняння			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Сальпінгооваріолізис, лізис спайок, санація черевної порожнини, посів	3	1,4	-	-	-	-	-	-	13	6,2	3	1,4	19	9,0
Сальпінгостомія	1	0,5	-	-	-	-	-	-	88	41,9	-	-	89	42,3
Тубектомія з одного боку	-	-	-	-	2	1,0	-	-	15	7,1	12	5,7	29	13,8
Тубектомія з двох боків	-	-	-	-	-	-	3	1,4	11	7,1	6	2,9	20	9,5
Аднексектомія з одного боку	-	-	-	-	1	0,5	1	0,5	20	9,5	5	2,4	27	12,9
Вскриття абсцесу малого таза	-	-	-	-	-	-	-	-	16	7,6	-	-	16	7,6
Тубектомія і аднексекто-мія	-	-	-	-	-	-	-	-	6	2,9	-	-	6	2,9
Тубектомія і сальпінго-томія	-	-	-	-	-	-	-	-	4	1,9	-	-	4	1,9
Всього	4	1,9	-	-	3	1,4	4	1,9	173	82,4	26	12,4	210	

Наші дані дозволяють дійти висновку, що функція яєчників після перенесених органозберігаючих операцій практично не страждає. Причинно-наслідковому зв'язку між ускладненими формами запального процесу придатків матки і порушенням функції яєчників нами не виявлено, тобто певні зміни в менструальній функції не залежали від прояву запалення придатків матки. Проте слід зазначити, що після виконання оперативного втручання за допомогою ЛТ при ідентичному об'ємі операції нами відмічено більшу кількість спостережень з різними змінами менструальній функції.

Після перенесених операцій з приводу запальних захворювань придатків матки у пацієнток 2 основної групи через 2,5-3,0 роки було встановлено, що 79 з них оберігаються від вагітності, використовуючи презерватив, 10 – перерваний статевий акт, 3 – комбіновані оральні контрацептиви, 2 – не живуть статевим життям, 4 – знаходяться в постменопаузі. Останні 82 спостережувані зацікавлені в настанні вагітності. З них 7 пацієнток планують вагітність, не використовуючи методів контрацепції протягом 6-10 місяців. У 2 групі порівняння 9 спостережуваних як засіб контрацепції застосовують презерватив, 3 – перерваний статевий акт.

Після проведення оперативного втручання з приводу запального процесу спонтанна вагітність настала у 28 (37,3%) пацієнток з основної групи протягом 2-3 років. Мимовільними пологами без ускладнень закінчилися 15 вагітностей, що самостійно настали. Об'єм оперативної ЛС у них був представлений розтином і спорожненням піосальпінксів з двох боків (4 спостереження), сальпінгостомією, однобічним гідросальпінксом (3 спостереження) і сальпінгооваріолізисом, санацією малого таза (8 спостережень). У 2 з обстежених після двобічної сальпінгостомії за наявності піосальпінксів вагітність закінчилася мимовільним викиднем в терміні 4-5 тижнів, у 3 – вагітністю, що не розвивається, в терміні 6-7 і

10-11 тижнів (після розтину і спорожнення гідросальпінксу з одного боку), в однієї – 2 вагітності після операції в об'ємі сальпінгооваріолізис закінчилися артифіційними абортами. 7 пацієнток на момент дослідження мають вагітність в терміні від 14 до 35 тижнів вагітності. З приводу запального процесу 2 з них було виконано розтин абсцесу малого таза, 5 – сальпінгооваріолізис і санація малого таза.

У підгрупі з лапаротомічним доступом мимовільна вагітність настала в 7 спостережуваних з 18, в 4 з яких закінчилася терміновими пологами. Раніше вони оперовані з приводу гострого сальпінгоофориту (2) і однобічного піосальпінксу (2). У 3 пацієнток вагітність завершилася мимовільним викиднем на 5-6 тижні після перенесеного гострого сальпінгоофориту (1) і після однобічної аднексектомії з приводу тубооваріального утворення (2). В одному спостереженні через рік після видалення піосальпінксу настала трубна вагітність з контралатерального боку. Цієї пацієнтки була виконана тубектомія лапароскопічним доступом.

Безпліддя виявлене у 47 пацієнток 2 основної групи. У 2 обстежених після операції в об'ємі сальпінгооваріолізис і санації малого таза при регулярному статевому житті протягом 3-4 років вагітність не настає. Одна з них знаходиться у віці 45 років. Друга пацієнтка 38 років перенесла раніше череворозтин, тубектомію з приводу трубної вагітності і оваріоектомію з приводу простої серозної цистаденоми яєчника. До моменту виникнення запального процесу в придатках матки вона мала один яєчник і одну маткову трубу з контрлатерального боку. Відсутність вагітності в описаних спостереженнях можна пояснити віковими змінами і анатомічними взаєминами органів, що залишилися.

У 15 пацієнток безпліддя (4 – з первинним, 11 – з вторинним) пов'язане з відсутністю маткових труб з обох боків. У чотирьох з них 4-5 років тому до операції з приводу ГГЗДМ виконана тубектомія з приводу трубної вагітності, друга видалена з приводу піосальпінксу. У 6 спосте-

реженнях обидві маткової труби було видалено через запальний процес – двобічні піосальпінкси. У 5 спостережуваних двобічна тубектомія виконана через рік після оперативного втручання в ході екстреної операції при черговому загостренні запального процесу. Під час попередньої ЛС у 3 виконана санація малого таза через гострий сальпінгіт у 2 виконана однобічна сальпінгостомія з приводу піосальпінксу.

2 хворі 2 основної групи для настання вагітності через 1,5 роки після операції прибігли до використання технологій екстракорпорального запліднення (ЕКЗ). У однієї пацієнтки вагітність, що настала, припинила свій розвиток в терміні 4-5 тижнів, в іншої спроба ЕКЗ була безуспішною.

У 30 хворих 2 основної групи відмічено відсутність настання вагітності протягом 3-8 років регулярного статевого життя без контрацепції, з них в 12 виявлено первинне безпліддя, в 18 – вторинне. У ході проведення оперативного втручання у 10 пацієнток виконаний розтин і спорожнення гідросальпінксу (4) і піосальпінксу (6) з одного боку. В 13 хворих виконані сальпінгостомії з двох боків з приводу гідросальпінксу (5) і піосальпінксів (8). Маткову трубу з одного боку при піосальпінксі видалили 5 хворим. Через наявність тубооваріального утворення виконана однобічна аднексектомія двом пацієнткам.

Через 2,5-3,0 роки після операції з приводу запалення придатків матки у 2 пацієнток 2 основної групи за допомогою методів ЕКЗ була індукована вагітність, що закінчилася своєчасними оперативними пологами без ускладнень. Раніше з приводу запального процесу одній спостережуваній була виконана тубектомія однобічного піосальпінксу, іншій – сальпінгостомія з двох боків з приводу гнійного сальпінгоофориту.

Двом спостережуваним 2 основної групи для корекції трубно-перитонеального безпліддя через 2-4 роки були виконані ЛС second-look. Об'єм лапароскопічного втручання – сальпінгооваріолізис. Одна пацієнтка перенесла в анамнезі оперативне лікування сальпінгостомію з 2 боків

з приводу двобічних піосальпінксів. Через 2 роки після операції в плановому порядку їй виконана реконструктивна операція. Інтраопераційно виявлено: у малому таза випоту не було. Тіло матки і маткові труби були блідо-рожевого кольору. Фімбріальні відділи маткових труб залишалися вільними з обох боків. Виявлені двосторонні перитубарні спайки, а також спайки, що фіксують праву маткову трубу до задньої поверхні матки і правого яєчника. Спайки розтиналися тупим і гострим шляхом, було відновлено правильне анатомічне положення маткових труб. На завершальному етапі була виконана хромосальпінгоскопія, обидві маткової труби виявилися прохідними.

Друга спостережувана оперована в об'ємі однобічної аднексектомії з приводу піовару з одного боку. При second-look ЛС виявлено: тіло матки не змінене. Праві придатки видалені раніше. Ліва маткова труба фіксована площинними спайками до сигмовидної кишки, фімбріальний відділ маткової труби залишався вільним. Лівий яєчник візуально не був змінений. виконаний розтин площинних спайок гострим шляхом. При проведенні хромосальпінгоскопії маткова труба виявилася прохідною для контрасту. Проте настання вагітності протягом 1,5-2,0 років після реконструктивних операцій за відсутності контрацепції у них не сталося.

У 2 групі порівняння спостережуваних безпліддя в основному пов'язане з видаленням обох маткових труб під час оперативного лікування. У 9 пацієнток відсутні обидві маткові труби, видалені з приводу двобічних піосальпінксів (8) і гострого гнійного сальпінгоофориту (1). У 2 спостереженнях виконана однобічна аднексектомія через тубооваріальний абсцес.

Отже, після органозберігаючих операцій, здійснених лапароскопічним доступом, вагітність настала в 37,3% хворих, але доносили вагітність лише 15 (20,0%) з 75. Дані аналізу репродуктивної функції в спостережуваних після перенесених операцій представлені в таблиці 4.6.

Таблиця 4.6

Репродуктивна функція у пацієнток, оперованих з приводу ГГЗДМ

Клінічні форми ГГЗДМ	Лапароскопічним доступом							Лапаротомічним доступом						
	n	Безпліддя				Кількість вагітностей		n	Безпліддя				Кількість вагітностей	
		2 основна		2 порівняння					2 основна		2 порівняння			
		абс.	%	абс.	%	абс.	%		абс.	%	абс.	%	абс.	%
Гнійний сальпінгіт	16	-	-	2	12,5	14	87,5	4	-	-	1	25,0	3	75,0
						з них штучний аборт – 1, пологи – 8							з них мимовільний аборт – 1, пологи – 2	
Гідросальпінкс	21	8	38,1	7	33,3	6	28,6	-	-	-	-	-	-	-
						з них пологи – 3, мимовільний аборт – 3							-	
Піосальпінкс	24	8	33,3	10	41,7	6	25,0	10	2	18,2	6	54,5	2	18,2
						з них пологи – 4, мимовільний аборт – 2							з них пологи – 2	
Абсцес малого таза	12	-	-	10	83,3	2	16,7	-	-	-	-	-	-	-
Тубооваріальний абсцес	2	-	-	2	12,5	-	-	4	1	25,0	1	25,0	2	50,0
													з них мимовільний аборт – 2	
Всього	75	16	21,3	31	41,3	28	37,3	18	3	16,7	8	44,4	7	38,9

При лапаротомічному доступі і органозберігаючих операціях на підставі вищевикладених даних слід зробити висновок, що більш виражені порушення репродуктивної функції виявлені в підгрупі з ускладненими запальними захворюваннями придатків матки, особливо при виражених деструктивних змінах в них. У пацієнток 2 основної групи безпліддя діагностовано в 18 (75,0%) після оперативного лікування піосальпінксів, в 15 (71,4%) після операції з приводу гідросальпінксу, в 10 (83,3%) після лікування абсцесу малого таза і в двох хворих з тубооваріальним абсцесом, тоді як пацієнтки, що оперуються з приводу гнійного сальпінгіту, змогли реалізувати дітородну функцію в 87,5%. У 2 групі порівняння реалізація дітородної функції не набагато гірше. Вагітність настала в 7 (23,3%) з 30, доносили вагітність лише 4 (13,3%) з 30 спостережуваних. Безпліддя в спостережуваних в даній групі зустрічалося в 3 (25,0%) хворих після лікування гострого гнійного сальпінгоофориту, у 8 (72,7%) після операції з приводу двобічних піосальпінксів, а також в половини пацієнток після лікування тубооваріального абсцесу. Це пов'язано як з об'ємом оперативного втручання, так і з формуванням спайкового процесу в результаті гнійного запалення в малому таза і виконанням операції лапаротомічним доступом. Не дивлячись на невисоку частоту пологів у пацієнток, що оперуються з приводу ГГЗДМ, все-таки подібна вірогідність має місце.

Аналізуючи характер перебігу запального процесу в придатках матки після оперативного втручання, нами було зафіксовано наявність рецидивів в 21 з 180 (11,7%) спостережуваних в 2 основній групі. 2 пацієнтки через 3,5 роки після операції з приводу гострого гнійного сальпінгіту пред'являли скарги на періодичні болі, що тягнуть, в нижніх відділах живота, в однієї з них – в другу фазу МЦ. Підвищення температури і патологічних виділень зі статевих шляхів виявлено не було. При гінекологічному огляді і УЗ-дослідженні органів малого таза

патології не виявлено. Характер больових відчуттів, анамнестичні дані і наявність супутньої патології дозволив нам передбачити зв'язок вказаних скарг з хронічним колітом, частими запорами у однієї хворої і циклічними процесами в яєчниках в іншої.

П’ять пацієнток 2 основної групи через рік після оперативного лікування (сальпінгостомії з двох боків з приводу піосальпінксів) перенесли екстрену лапаротомію, двобічну тубектомію з приводу загострення хронічного сальпінгоофориту з утворенням піосальпінксів з двох боків. 4 пацієнткам через рік після двобічної сальпінгостомії за наявності піосальпінксів виконана екстрена ЛС з приводу загострення запального процесу в придатках матки. Об'єм операції – сальпінгооваріолізис, розтин піосальпінксів з двох боків в обох.

Вісім обстежених з 2 основної групи (одна – через 6 місяців після аднексектомії з одного боку з приводу тубооваріального абсцесу, дві – через два роки після розтину і спорожнення однобічного гідросальпінксу) пройшли курс протизапальної, антибактеріальної терапії в стаціонарі з приводу загострення хронічного аднекситу протягом 10-14 днів з позитивним ефектом.

У 4 спостережуваних з 2 основної групи (після однобічної сальпінгостомії – одна, після двобічної сальпінгостомії з приводу піосальпінксів – три) клінічних проявів запального процесу після операції не було. Проте в однієї через 3 місяці, в трьох – через 2,5-4 роки при УЗД виявлені ознаки гідросальпінксу (в двох – з одного боку, в двох – з обох боків). Цим обстеженим була запропонована ЛС second-look, в результаті якої одній пацієнтці виконаний розтин однобічного гідросальпінксу. Три інші в даний час від лікування відмовилися. У анамнезі під час першої ЛС в 2 хворих виконана сальпінгостомія з приводу піосальпінксів з двох боків, у 2 виконувався розтин абсцесу малого таза.

Проаналізувавши віддалені результати в групі з лапаротомічним доступом ми встановили наявність рецидивів запального процесу в поло-

вини спостережуваних, в 14 (46,7%) з 30. 4 пацієнтки з 2 групи порівняння через 1,5-2,5 роки були оперовані лапароскопічним доступом з приводу чергового загострення запального процесу в об'ємі розтину і спорожнення однобічного піосальпінксу. В анамнезі їм виконувалися аналогічні операції. В однієї спостережуваної після оперативного лікування однобічного піосальпінксу не удалося виконати оперативне лікування за допомогою ЛС, нижньо-серединним доступом була виконана однобічна аднексектомія з приводу тубооваріального абсцесу.

Консервативна антибактеріальна протизапальна терапія в стаціонарі проводилася у 9 пацієнток 2 групи порівняння з приводу загострення гострого сальпінгоофориту. В 6 з 9 спостережуваних консервативне лікування виконувалося двічі, через один рік і два. У анамнезі 3 з 9 перенесли оперативне лікування з приводу гострого гнійного сальпінгоофориту, в 4 виконаний розтин тубооваріального абсцесу, однобічна аднексектомія. 2 спостережувані оперовані з приводу однобічного піосальпінксу.

Отже, рецидиви запального процесу придатків матки у пацієнток 2 основної групи виникали лише після органозберігаючих операцій з приводу важких форм захворювання – двобічних піосальпінксів і тубооваріального абсцесу через 6 місяців – 4 роки після оперативної ЛС. В інших спостережуваних з неускладненими формами ГГЗДМ на момент проведення дослідження рецидивів запального процесу зафіксовано не було. У 2 групі порівняння зафіксовано 14 (46,7%) рецидивів з 30. Вони виникали як після лікування гострого гнійного сальпінгоофориту, так і після однобічних піосальпінксів і тубооваріального абсцесу. Після операцій з приводу двобічних піосальпінксів рецидивів захворювання не зустрічалося. Ймовірно, це пов'язано з тим, що обидві маткові труби було видалено і запальний процес був повністю ліквідований.

Дослідження бактеріоскопії виділень з ЦК і піхви проводилося у 157 пацієнток основної групи і 28 спостережуваних з групи порівняння.

В 97 (46,2%) обстежених мазки на флору відповідали I-II ступеня чистоти (лейкоцити 5-20 в полі зору, флора паличкова), в 75 (35,7%) спостережуваних – III ступеня чистоти (лейкоцити 30-40 в полі зору, флора змішана, в 3 – міцелій і спори дріджеподібного грибка). IV ступінь чистоти мазка виявлено в 13 (6,2 %) хворих (лейкоцити 80-100 в полі зору, флора змішана).

Отже, більш ніж в половини пацієнток за даними бактеріоскопії виявлявся I-II ступінь чистоти мазка, а в кожної третьої – запальний процес нижнього відділу статевого тракту.

У 59 пацієнток 2 основної групи і 22 з 2 групи порівняння узяті посіви з ЦК. У 41 хворої в посівах виявлено помірне зростання Staphylococcus epidermidis і в 18 помірне зростання Escherichia coli. У 22 спостереженнях зростання бактеріальної флори не виявлено.

Результати дослідження відокремлюваного ЦК методом ПЛР проводилося 157 пацієнткам з 2 основної групи і в 28 з 2 групи порівняння. Отримані дані представлені в таблиці 4.7.

Таблиця 4.7

Мікроорганізми, виділені з цервікального слизу методом ПЛР у хворих, що перенесли органозберігаючі операції з приводу ГГЗДМ

Мікроорганізми	2 основна група, n=157	2 група порівняння, n=28
Mycoplasma hominis	6	1
Ureaplasma urealiticum	20	2
Gardnerella vaginalis	4	3
Candida albicans	8	5
Chlamidia trachomatis	6	1
Trichomonas vaginalis	3	-
Генітальний герпес	2	-
ЦМВ	4	1
Всього	53	13

З даних, представлених в таблиці, можна зробити висновок гпро те, що у пацієнток обох груп інфікованість статевих шляхів на момент дослідження невисока. У хворих з катаральним сальпінгітом виділені лише умовно-патогенні мікроорганізми. В той же час у пацієнток з ускладненими формами ГГЗДМ в анамнезі виявлені абсолютні патогени (хламідії і трихомонада). Всім їм, а також статевим партнерам проведена протизапальна, антибактеріальна, імуномодулююча терапія і місцеве лікування з позитивним ефектом.

Отже, наші дані дозволяють підтвердити доцільність виконання органозберігаючих лапароскопічних операцій з приводу різних форм ГГЗДМ, що сприяє збереженню менструальної функції і повноцінного функціонування яєчників практично у всіх пацієнток. Реалізація ж репродуктивної функції безпосередньо залежить від тяжкості захворювання і ступеня деструктивних змін в придатках матки. Так, настання вагітності у пацієнток 2 основної групи відмічено в 87,5% після лікування сальпінгоофоритів, у 23,7% – піосальпінксів і абсцесів малого таза. У 2 групі порівняння реалізація дітородної функції дещо нижче, у 75,0% хворих після лікування сальпінгоофоритів і 18,2% – піосальпінксів. У половини пацієнток, що завагітніли після лікування тубооваріального абсцесу, вагітності, що настали, завершилися мимовільним викиднем.

Рецидиви запального процесу виникали лише у пацієнток з ускладненими формами ГГЗДМ (11,7 %) з 2 основної групи. У 2 групі порівняння майже в половини спостережуваних зареєстровані рецидиви запального процесу (46,7%), причому як у хворих з ускладненими, так і з неускладненими формами захворювання. Можливо вони обумовлені або реінфекцією, що передаються статевим шляхом, або відсутністю повної елімінації збудника в процесі проведення антибактеріальної терапії.

Якість життя – це сукупність об'єктивних і суб'єктивних характеристик, що відображають відчуття життєвого комфорту, фізичного і

сексуального благополуччя, психологічні особливості особи, побутовій і трудовій активності. «Заходами» якості життя вважають психологічні, соціальні і функціональні аспекти життя, пов'язані із захворюванням. У медичних дослідженнях якості життя виділяють три найважливіші компонента: оцінку функціональних можливостей пацієнтки, оцінку суб'єктивного сприйняття свого здоров'я, а також оцінку симптомів захворювання. У нашому дослідженні використовувалася методика, що охоплює п’ять основної категорій якості життя: фізичний стан, психічний стан, соціальне функціонування, рольове функціонування, загальне суб'єктивне сприйняття свого здоров'я [49].

Оцінка параметрів якості життя розділена на два етапи. Перший етап «до лікування» має на увазі відчуття пацієнток від початку захворювання до проведення оперативного втручання. Другий етап «після лікування» – період після операції, включає декілька підгруп залежно від часу з моменту оперативного втручання (через 6 місяців, 1, 2, 3, 4, 5 і більше років). Оцінка кожного параметра проводилася по 5-ти бальній системі по мірі інтенсивності відчуттів. Значення кожного балу представлено нижче: 1 – незначне інколи; 2 – незначне завжди; 3 – у середній мірі; 4 – підвищене; 5 – сильне.

Отже, оцінка якості життя проводилася до операції, а також через 6 місяців, 1-2-3-4 і більше років після оперативного втручання.

Фізична активність пацієнток оцінювалася по наступних параметрах: ступінь втоми, млявості, сонливості; недолік енергії; стан життєвого тонусу і фізичної сили, витривалості; здатність виконувати значні фізичні навантаження; час перебування на постільному режимі.

Параметри фізичної активності у пацієнток 2 основної групи були понижені у більшості – у 87 (92,6%) з 94. Відчуття млявості і сонливості спостерігалося в 86 (91,5%) і коливались від 1 до 3 балів в 80 (85,1%). З них 82,9% хворих з неускладненими формами і 17,1 % з ускладненими

формами ГГЗДМ. 6 (6,4%) хворих відзначали зниження фізичної активності на 4-5 балів, 4 з них раніше оперовані з приводу ускладнених форм ГГЗДМ (3 – з приводу абсцесу малого таза, 1 – з приводу тубооваріального абсцесу і 2 хворі з однобічним гідросальпінксом). Відчуття недоліку енергії і зниження життєвого тонусу спостерігалося у 34 (36,2%) пацієнток, з них у 28 (29,8%) від 1 до 3 балів, у 6 (6,4) на 4-5 балів, з них 4 спостережувані з тубооваріальними абсцесами і 2 пацієнтки з двобічними піосальпінксами. Зниження фізичної сили відзначали 65 спостережуваних (69,1%). 63 (67,0%) поставили 1-3 бали, 2 (2,1%) спостережувані з абсцесом малого таза – 4-5 балів. Зниження витривалості і нездатність виконувати значні фізичні навантаження виявили в 58 (61,7%) хворих на рівні від 1 до 3 балів. Із них 34 (36,1%) пацієнтки перенесли оперативне лікування з приводу двобічних піосальпінксів, однобічного піосальпінксу (10), абсцесів малого таза (5), тубооваріальних абсцесів (4), гнійного сальпінгоофориту (4).

У 2 основній групі 48 (51,0%) обстежених вказували на проведення більшої частини доби на постільному режимі, з них більше 50% пацієнток з ускладненими формами ГГЗДМ. У 2 групі порівняння цей показник відповідав 93,3% (28).

При динамічному спостереженні через 6 місяців після оперативного лікування виявлено значне поліпшення всіх параметрів фізичної активності у 161 (89,4%) пацієнтки. У 16 (8,9%) спостережуваних було виявлено зниження всіх параметрів фізичної активності через 6 місяців на рівні 1-2 балів, протягом 1,0-1,5 років всі показники повністю нормалізувалися. 3 (3,1%) пацієнтки через 3-4 роки вказували на незначне зниження фізичної сили, відчуття млявості, сонливості. Ці спостережувані оперовані з приводу абсцесу малого таза (1), тубооваріального абсцесу (2).

Отже, рівень порушень фізичної активності протягом 1-1,5 років після проведення оперативного лікування приходив в норму практично у всіх спостережуваних.

У 2 групі порівняння у всіх спостережуваних показники фізичної активності були понижені, як до, так і через 3 місяці після хірургічного лікування. Відчуття млявості і сонливості було присутнє у всіх пацієнток на рівні 3-4 балів. Недолік енергії і зниження життєвого тонусу відзначали 100% хворих від 2 до 4 балів. Зниження фізичної сили і витривалості спостерігалося у всіх оперованих лапаротомічним доступом від 1 до 3 балів.

Проте, через півроку досліджувані показники дещо покращали. Лише половина спостережуваних вказувала на зниження життєвого тонусу і фізичної сили від 1 до 3 балів протягом 1,5 років. Через 2 роки незначні відхилення відзначала одна пацієнтка, що оперується з приводу двобічних піосальпінксів.

Оцінка психічного стану пацієнток проводилася по наступних параметрах: відчуття пригніченості, поява депресивного стану; відчуття тривожності або нервозності; відчуття незадоволення особистим життям; бажання придбати вбрання, змінити зачіску; наявність або відсутність інтересу до майбутніх подій дня; неуважність, неможливість сконцентрувати увагу; відчуття емоційної нестабільності. Психічний стан є характерною індивідуальною реакцією пацієнтки на будь-який стресовий стан. Напередодні операції характер психічного стану відповідав у відповідь реакції організму на стресову ситуацію, якою була операція.

Всі пацієнтки обох груп без виключення вказували на відповідність всіх параметрів до лікування 2-3 балам. Через 6 місяців у пацієнток 2 основної групи вказані симптоми зберігалися лише в 24 (25,5%) спостережуваних і повністю зникли через 1 рік у 19 (20,2%) пацієнток. 5 (5,3%) хворих впродовж 2,0-2,5 років вказували на зміни психічного стану, відповідні 2-3 балам. З них одна спостережувана оперовано з приводу абсцесу малого таза, 3 – з приводу двобічних піосальпінксів, 1 – з приводу двобічного гнійного сальпінгоофориту. Через 3 роки ці хворі

відзначили повне відновлення психічного статусу. У 4 із 5 спостережуваних виявлено безпліддя, у 2 відсутні маткові труби з обох боків. В однієї обстеженої виявлені зміни були присутні задовго до операції.

У 2 групі порівняння через півроку вказані порушення присутні в 12 (40,0%) спостережуваних і відповідали 2-3 балам. Повне відновлення параметрів психічного статусу сталося через 3,5-4,0 роки після оперативного лікування. Всі пацієнтки оперовані з приводу ускладнених форм ОГВЗПМ.

Отже, можна дійти висновку про залежність швидкості відновлення психічних параметрів не лише від загального стану хворого до операції, але і від об'єму хірургічного втручання.

Соціальне і ролеве функціонування включає оцінку міжособових контактів і соціальних зв'язків. У цій категорії розглядаються: зміни у взаєминах з родичами, з друзями, чоловіком, з дітьми; нетерпимість по відношенню до інших людей; бажання побути наодинці; проблеми в трудовій діяльності; обмеження робочого дня; зміни в захопленнях, улюблених заняттях. Виявлені показники в обстежених обох груп до і після проведеного лікування знаходилися в межах нормальних значень.

В оцінці сексуальної функції застосовувалися наступні критерії: зміни в сексуальному бажанні, потягу; відчуття дискомфорту під час статевого акту; ухилення від статевих стосунків; відчуття сексуального незадоволення; відчуття сексуальної непривабливості. Параметри сексуальної функції до лікування були порушені в 89 (94,7%) спостережуваних 2 основної групи, в 22 (73,3%) хворих 2 групи порівняння і відповідали 3-4 балам. При цьому істотної різниці між пацієнтками з ускладненими і неускладненими формами ГГЗДМ не спостерігалося. Проведене лікування сприяло поліпшенню сексуальної функції, оскільки був ліквідований основний симптом захворювання – біль при статевому акті. Вказані порушення зменшувалися поступово і через 6 місяців після перенесеного

оперативного втручання у 174 (96,7%) пацієнток 2 основної групи і 14 (46,7%) з 2 групи порівняння вказували на повне відновлення досліджуваних параметрів. Через 2-3 роки у двох пацієнток 2 основної групи сексуальна функція відновилася. Одна з них перенесла оперативне лікування з приводу тубооваріального абсцесу, друга з приводу двобічного піосальпінксу. Третя пацієнтка 2 основної групи, оперована з приводу однобічного піовару, впродовж 4-5 років відзначає відчуття сексуального незадоволення і непривабливості, ухилення від статевих стосунків. З особистої бесіди можна ддійти висновку, що виявлені порушення пов'язані з психологічною обстановкою в сім'ї. Відчуття дискомфорту під час статевого акту і внаслідок цього ухилення від статевих стосунків, почуття сексуального незадоволення переживали 3 (3,2%) спостережувані 2 основної групи протягом 2,5 років після операції. Дві з них з двобічними піосальпінксами в анамнезі, одна з однобічним піосальпінксом. В однієї з них вірогідною причиною порушень є безпліддя протягом 8 років. Відновлення параметрів сексуальної функції у хворих 2 групи порівняння протікали протягом 3-4 років і повністю сталися в 10 з 14. 4 спостережувані з 2 групи оперовані з приводу двобічних піосальпінксів (2) і тубооваріального абсцесу (2), страждаючі безпліддям протягом 5 років до оперативного лікування.

У результаті була виставлена оцінка стану свого здоров'я до і після проведеного лікування. Суб'єктивна оцінка здоров'я здійснювалася на підставі самооцінки сну, зміні фізіологічних відправлень, наявність або відсутність болів внизу живота.

Проблеми зі сном випробовували 2 (2,1%) обстежені 2 основної групи і 3 (10,0%) з 2 групи порівняння до і після лікування, проте через один рік сон почав покращуватися і його порушення оцінювалося на 1 бал. Пацієнтки 2 основної групи оперовано з приводу абсцесів малого таза. Три спостережувані в 2 групі порівняння перенесли хірургічне

лікування з приводу двобічних піосальпінксів (2) і піовару (1). Фізіологічні відправлення знаходилися в межах норми у всіх обстежених до і після лікування.

До моменту операції всі пацієнтки без винятку відзначили поганий стан здоров'я. Проведене оперативне лікування надало виражену позитивну дію. Через 6 місяців 165 (91,6%) пацієнток 2 основної групи оцінили поліпшення стану здоров'я на «хорошому» рівні. Через 1-2 роки – лише 3 (3,2%) пацієнтки відзначали стан свого здоров'я, як «задовільний». Вони перенесли хірургічне лікування з приводу абсцесу малого таза (1) і двобічних піосальпінксів (2). 2 спостережувані пред'являють скарги на періодичні болі в нижніх відділах живота, а також пов'язують з відсутністю настання вагітності. Оперативне втручання у них було з приводу тубооваріальних абсцесів. У 2 групі порівняння через 6 місяців після операції лише 20 (66,7%) спостережуваних вказували на поліпшення стану здоров'я. Через два роки 2 (6,7%) пацієнтки вказували на задовільний стан здоров'я, перш за все через неможливість настання мимовільної вагітності унаслідок видалення обох маткових труб через піосальпінкси.

Тобто, можна зробити висновок про те, що якість життя в цілому залежить від ступеня тяжкості запального процесу в придатках матки і від виду хірургічного доступу. Відновлення показників до нормальних значень після виконання операцій лапароскопічним доступом відбувається в терміні від 1,5 до 3 років, при цьому у пацієнток з неускладненими формами ГГЗДМ значно швидше – від 6 місяців до 2 років. У пацієнток, що оперуються лапаротомічним доступом, швидкість відновлення досліджуваних параметрів нижче і складає від 2 до 4 років. На загальні показники якості життя впливає як форма захворювання, так і об'єм оперативного лікування. Чим більше об'єм операції, тим нижче показники якості життя і швидкість їх відновлення.

Отже, результати проведених досліджень свідчать, що удосконалений нами алгоритм дозволяє покращити результати органозберігаючих операцій при запальних процесах репродуктивної системи, що дозволяє рекомендувати в практичну охорону здоров'я.

Матеріали даного розділу були використані у наступних публікаціях:

1. Бойко АВ, Терехов ВА. Мікробіологічні особливості запальних захворювань яєчників та маткових труб. Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П. Л. Шупика. 2018;31(2):78–82.

2. Терехов ВА. Актуальні аспекти діагностики ургентних гнійно-запальних захворювань органів малого таза. Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П. Л. Шупика. 2020;39:81–6.

3. Терехов ВА. Тактика прогнозування спайкового процесу після ургентних гінекологічних операцій. Перинатологія та репродуктологія: від наукових досягнень до практики [Електронне науково-практичне видання]. 2021;4:55–60.

4. Терехов ВА. Тактика відновлення репродуктивної функції жінок після ургентних операцій на яєчниках. Перинатологія та репродуктологія: від наукових досягнень до практики [Електронне науково-практичне видання]. 2022;4:70–6. DOI: 10.52705/2788-6190-2022-04-8

5. Salmanov AG, Terekhov VA, Kutytska TV, Voloshynovych NS. Surgical site infection after laparoscopic hysterectomy for benign gynecological disease in Ukraine. Wiad Lek. 2022;75(1 p.2):251–8. DOI: 10.36740/WLek202201218

6. Salmanov AG, Terekhov VA, Voloshynovych NS, Hrynchuk OB, Rud VO, Kolesnik AV. Healthcare-associated tubo-ovairian infectious in Ukraine: Results of A Multicenter Study (2020-2022). Wiad Lek. 2022;75(8 p.2):2003–9. DOI: 10.36740/WLek202208211

7. Salmanov AG, Terekhov VA, Nagirniak S, Hafiichuk M. Infections associated with obstetric and gynecological surgeries as a cause of female infertility in Ukraine. Wiad Lek. 2022:75(7):1634–41. DOI: 10.36740/WLek202207104

8. Терехов ВА. Індивідуалізований підхід до діагностики ургентних гнійно-запальних захворювань органів малого таза. В: Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П. Л. Шупика: тези матеріалів науково-практичної школи-семінару в форматі телемосту «Клінічні рекомендації в практиці акушера-гінеколога» (17 вересня 2020 року, Івано-Франківськ-Чернівці-Ужгород). 2020;39:110.

РОЗДІЛ 5
ПРОФІЛАКТИКА ГЕМОСТАЗІОЛОГІЧНИХ ПОРУШЕНЬ У ЖІНОК, ПРООПЕРОВАНІХ З ПРИВОДУ ГНІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ОРГАНІВ МАЛОГО ТАЗА

5.1 Основні клінічні і лабораторні критерії ГЗОМТ

Результати проведених досліджень свідчать, що стан під час вступу до стаціонару оцінювався нами у 29 (23,6%) пацієнток як відносно задовільний, в 48(39%) – середньої тяжкості, у 45(36,6%) – важкий і в 1 (0,8%) – як дуже важкий.

Як видно з таблиці 5.1, в структурі клінічних проявів хронічного ГЗОМТ у жінок провідним симптомом з'явилися болі (87%) з переважною локалізацією внизу живота (69,1%) і наявність вираженої астенізації (83,7%). Порушення дефекації було в 26,8% хворих і виявлялося переважно в наявності частого стула (18,7%) з домішкою слизу. Дизуричні розлади зустрічалися у 4,9% пацієнток: часте сечовипускання (4,1%), хворобливе сечовипускання (0,8%) і піурія (0,8%).

Таблиця 5.1

Основні клінічні симптоми у хворих з ГЗОМТ

Клінічні симптоми	Кількість спостережень	%
Болі: - внизу живота - у попереку - в ділянці шва	107 85 32 12	87,0 69,1 26,0 9,8
Підвищення температури (37,5°С та вище)	36	29,3
Субфебрилітет	8	6,5
Слабкість	103	83,7
Порушення сечовипускання: - часте - хворобливе - піурія	6 5 1 1	4,9 4,1 0,8 0,8

Продовження табл. 5.1

Клінічні симптоми	Кількість спостережень	%
Порушення дефекації: - частий рідкий - домішок слизу - домішок гною	33 23 12 3	26,8 18,7 9,8 2,4
Порушення МЦ	46	37,4
Виділення: - серозні - гнійні	 64 59	 52,0 48,0

Підвищення температури вище 37,5ºС у пацієнток з хронічними ГЗОМТ виявлено лише в 29,3% випадків, субфебрилітет – у 6,5% випадків. Гнійні виділення зі статевих шляхів були в 48,0% хворих.

Різні порушення менструальної функції (табл. 5.2) спостерігалися у 46 (37,4%) пацієнток з ГЗОМТ, при цьому формами порушення менструальної функції, що найчастіше зустрічаються, були гіперменорея (21,1%), поліменорея (9,8%) і альгоменорея (6,5%). Дисфункціональні маткові кровотечі мали місце в 5 випадках (4,1%).

Таблиця 5.2

Характер та частота порушення менструальної функції у хворих із ГЗОМТ

Характер порушень менструальної функції	Кількість спостережень	%
Порушення МЦ	46	37,4
Поліменорея	12	9,8
Гіперменнорея	26	21,1
Альгоменорея	8	6,5
Олігоменорея	4	3,3
Дисфункціональні маткові кровотечі	5	4,1

При аналізі морфологічних особливостей ушкодження тазових органів при ГЗОМТ встановлено, що ушкодження матки, підтверджене при інтраопераційному огляді і подальшому гістологічному дослідженні, було у всіх пацієнток: хронічний ендоміометрит – в 78 (63,4%), гнійний ендоміометрит – у 15 (12,2%) і панметрит у 23 (18,7%) хворих (в 7 хворих матка видалена раніше) (табл. 5.3).

Таблиця 5.3

Частота та клінічні форми ушкодження геніталій, сітківки, очеревини малого таза та суміжних органів у пацієнток

Клінічні форми	Кількість спостережень	%
Перитоніт: - підгострий пельвіоперитоніт - гострий пельвіоперитоніт - розлитий	113 99 11 3	91,9 80,5 8,9 2,4
Ушкодження матки: - хронічний ендоміометрит - гнійний ендоміометрит - гнійний пан метрит - матка видалена раніше	116 78 15 23 7	94,3 63,4 12,2 18,7 5,7
Ушкодження придатків: - однобічне - двобічне	85 31 54	69,1 25,2 43,9
Піосальпінкс	39	31,7
Піовар	8	6,5
Тубовар	61	49,6
Ушкодження клітковини, в т. ч.: - панцелюліт	72 17	58,5 13,8
Загроза перфорації: - в передню черевну стінку - у сечовий міхур - у кишечник	24 1 15 8	19,5 0,8 12,2 6,5

Продовження табл. 5.3

Клінічні форми	Кількість спостережень	%
Додатково нориці: - кишкові - сечоміхурові - піхвові - черевні	 34 8 7 2	 35,7 6,5 5,7 1,6
Оментит: - частковий - тотальний	82 46 36	66,7 37,4 29,3
Ушкодження апендикса: - інфільтрат - абсцес	13 5 8	10,7 4,1 6,6
Екстрагенітальні вогнища абсцеса: - міжкишкові - піддіафрагмальні - множинні	21 10 1 10	17,1 8,1 0,8 8,1

Ушкодження придатків спостерігалося у 85 (69,1%) пацієнток, воно було переважно двобічним (43,9%), з переважним формуванням хронічних тубооваріальних абсцесів. Середні розступеня гнійного тубооваріального утворення склали 8×8×8 см, середній об'єм – 240 мл.

При аналізі гістологічних форм ушкодження придатків виявлено, що переважало гнійно-продуктивне запалення, воно спостерігалося в 70,2% хворих при тривалому перебігу запального процесу, у 12,2% пацієнток спостерігався флегмонозно-виразковий тип гнійного запалення з найбільш важкою деструкцією тканин.

У 10 пацієнток придатки були представлені хронічним абсцесом з тонкою капсулою (візуально недиференційована тканина) і гнійним вмістом.

У 19,5% пацієнток були клінічні ознаки загрози перфорації тазових абсцесів в суміжні органи, тобто мало місце загострення гнійного процесу: загроза перфорації в сечовий міхур спостерігалася в 19,5% випадків, в дистальні відділи кишечника – в 6,5%, і в передню черевну стінку – в 1 випадку (0,8%). Залучення до гнійного процесу клітковини виявлене у 72 (58,5%) пацієнток. Повні і неповні придатково-кишкові свищі сформувалися при тривалому перебігу гнійного запалення в 35,7% хворих, міжкишкові абсцеси – в 8,1 % хворих.

Отже, 3 групу обстежених хворих склали пацієнтки, що мали тривале (хронічне) гнійне запалення органів малого таза з ушкодженням тазової клітковини і суміжних органів.

Загалом зміни з боку крові були нехарактерні для гнійного процесу і не відображали глибину інтоксикації (табл. 5.4).

Таблиця 5.4

Характер змін та показники клінічного аналізу крові (медіана, квартилі) периферичної крові у хворих із ГЗОМТ

Показники	Знижені		Норма		Підвищені		Медіана, квартилі
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	med (q1-q2)
Гемоглобін	78	63,4	43	35,4	2	1,8	112 (97-124)
Еритроцити	73	59,4	49	39,8	1	0,8	3,5 (3,12-3,84)
Лейкоцити	14	11,4	68	55,3	41	33,3	7,35 (5,2-10,1)
Паличноядерні	-	-	108	87,8	15	12,2	2 (1-5)
Сегментоядерні	10	8,1	75	61,0	38	30,9	67 (57-74)
Базофіли	-	-	123	100	-	-	0 (0-0)
Еозинофіли	-	-	119	96,7	4	3,3	0 (0-1)
Лімфоцити	40	32,5	60	48,8	23	18,7	22 (17-35)
Моноцити	32	26,0	87	70,7	4	3,3	5 (2-8)
Тромбоцити	15	12,2	93	75,6	15	12,2	216 (189-255)
ШОЕ	-	-	37	30,1	86	69,9	26 (14-42)
ЛІІ	-	-	39	31,7	84	68,3	1,7 (0,9-3,6)

Анемія (Hb < 120 г/л) була в 63,4% хворих. Середня концентрація гемоглобіну (медіана) у хворих з гнійними ГЗОМТ склала 112 г/л. Вміст еритроцитів в 59,3 % хворих було понижено та їхня середня концентрація еритроцитів (медіана) у хворих з гнійним запаленням склала $3,5\times10^{12}$.

Ми вважаємо, що анемія відображала наявну інтоксикацію, оскільки вона корелювала з тяжкістю стану, і у хворих не було кровотеч. До того ж, зважаючи на наявність анемії в 63,4% хворих, зниження концентрації заліза в сироватці крові було лише в 21,1% хворих.

У 55,3% хворих із хронічними ГЗОМТ вміст лейкоцитів був в межах норми. Середня кількість лейкоцитів (медіана) склала $7,35\times10^{9}$. Кількість паличкоядерних була підвищена лише в 12,2% випадках. Середня кількість паличкоядерних нейтрофілів у хворих із ГЗОМТ склала 2. Лейкопенія спостерігалася в 14 (11,4%) випадках, а лімфопенія – у 40 (32,5%) пацієнток.

Тобто, в даний час, навіть за наявності важких форм гнійного запалення, часто спостерігається «стерта» клінічна і лабораторна симптоматика, зумовлена, у тому числі, вживанням масивної антибактеріальної терапії і місцевої санації на перших етапах лікування. Тому недоцільно орієнтуватися на лейкоцитоз, як на основний маркер гнійного процесу (у нашому спостереженні він спостерігався лише в третини хворих – 33,3%), Крім того, інтерпретація вмісту лейкоцитів в периферичній крові у пацієнток з важкими формами гнійного запалення (нижні порогові значення і особливо лейкопенія) є простим клінічним тестом, що дозволяє побічно судити про наявність і тяжкість аутоімунного пошкодження тканин, у тому числі і наявність патологічної концентрації антитіл до мембран лейкоцитів і антифосфоліпідних антитіл [20].

Для визначення ступеня інтоксикації ми застосовували лейкоцитарний індекс інтоксикації (ЛІІ). ЛІІ розраховували з показників клінічного аналізу крові по стандартній формулі [75].

Середній показник (медіана) ЛІІ у хворих з гнійним запаленням склав 1,7. Підвищена ШОЕ спостерігалося у 86(69,9%) пацієнток. Середнє її значення склало 26 мм/год.

Порушення функції нирок у пацієнток з ускладненими формами ГЗОМТ виявлялося протеїнурією – у 25 (20,3%), лейкоцитурією – у 9 (7,3%), мікрогематурією – у 90 (73,2%), циліндрурією – у 17 (13,8%) пацієнток.

У більшості пацієнток основні біохімічні параметри (загальний білок, сечовина, креатинін, білірубін), не дивлячись на безперечну тяжкість гнійного ушкодження, знаходилися в межах норми (табл. 5.5).

Таблиця 5.5

Показники біохімічного аналізу крові у пацієнток з ускладненими (хронічними) формами ГЗОМТ

Показники	Знижені		Норма		Підвищені		Медіана, квартилі
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	med (q1-q2)
Загальний білірубін	78	63,4	45	36,6	-	-	8,1 (7,0-8,9)
Сечовина	11	8,9	103	83,8	9	7,3	4,9 (3,6-6,3)
Креатинін	-	-	108	87,7	15	12,3	98,2 (89,1-111)
Загальний білок	17	13,8	102	82,9	4	3,3	74 (70-78)
Натрій	-	-	123	100	-	-	139 (138-141)
Калій	11	8,9	110	89,5	2	1,6	4,6 (4,3-4,8)
Середні молекули	9	7,3	23	18,7	91	74,0	0,3 (0,26-0,35)

Рівень загального білірубіну в крові не був підвищений у жодної хворої, медіана – 8,1 мкмоль/л. У 9 (7,3%) випадків мало місце підвищення рівня сечовини. Середня кількість загального білка (медіана) в плазмі крові у пацієнток з хронічним ГЗОМТ склала 74 г/л, що можна пояснити попередньою масивною інфузійною терапією. До складу інфузійної терапії у всіх пацієнток входила свіжозаморожена плазма, у 9,2% –

альбумін, у 13,8% – розчини амінокислот. Лише у 17 (13,8%) випадках спостерігалася гіпопротеїнемія. Гіпокаліємія була у 8,9% пацієнток.

Показники розширеного біохімічного аналізу крові представлені в таблиці 5.6.

Таблиця 5.6

Характер змін та показники розширеного біохімічного аналізу крові (медіана, квартилі) у хворих з хронічними ГЗОМТ, n=19

Показники	Знижені		Норма		Підвищені		Медіана, квартилі
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	med (q1-q2)
Загальний холестерин	3	15,8	14	73,7	2	10,	186 (165-225)
ЛПНЩ	1	5,3	14	73,7	4	21,1	106 (96-120)
ЛПВЩ	-	-	19	100	-	-	50 (42-58)
Коефіцієнт атероген-ності	-	-	13	68,4	6	31,6	2,6 (2,2-3,5)
β-ліпопротеїди	-	-	17	89,5	2	10,5	38 (25-51)
Тригліцериди	-	-	15	78,9	4	21,1	116 (83-147)
Загальний білок	-	-	19	100	-	-	76 (71-79)
Альбумін %	9	47,4	9	47,4	1	5,3	50,3 (41,3-54,5)
Глобуліни %	2	10,5	10	52,6	7	36,8	48,3 (41,9-58,4)
α-1 глобулін	2	10,5	11	57,9	6	31,6	4,25 (3,1-5,5)
α-2 глобулін	2	10,5	5	26,3	12	63,2	12,5 (8,7-14,1)
β-глобулін	8	42,1	11	57,9	-	-	11,1 (10,5-13,5)
γ-глобулін	-	-	16	84,2	3	15,8	19,9 (17,8-23)
АСТ	-	-	19	100	-	-	16 (14-18)
АЛТ	-	-	19	100	-	-	15 (12-19)
Креатинкіназа	4	21,1	15	78,9	-	-	37 (24-52)
ЛДГ	3	15,8	16	84,2	-	-	133 (93-165)
Лужна фосфатаза	-	-	16	84,2	3	15,8	136 (888-152)
Натрій	-	-	19	100	-	-	140 (138-143)
Калій	2	10,5	16	84,2	1	5,3	4,4 (4,25-4,75)
Хлориди	1	5,3	15	78,9	3	15,8	102 (100-105)
Неорганічний фосфор	3	15,8	16	84,2	-	-	3,4 (2,9-3,8)

Концентрація загального холестерину в крові хворих в 10,5% випадків була підвищена. Підвищення рівня ліпопротеїдів низької щільності було в 21,1% хворих, коефіцієнт атерогенності був підвищений у 31,6% хворих. Несприятливий ліпідний профіль крові спостерігався в третини хворих, що було пов'язане з порушенням функції печінки в результаті хронічної гнійної інтоксикації. Зважаючи на нормальний загальний вміст білка, диспротеїнемія спостерігалася, практично, у половини хворих: кількість альбуміну була знижена в 47,4% випадків, нормальна концентрація глобуліну була у 52,6% пацієнток. Кількість глобулінів була підвищена у 36,8% пацієнток (загальне підвищення глобулінів відбувалося переважно за рахунок фракції альфа-2 глобулінів).

У хворих із ГЗОМТ спостерігалися порушення електролітного обміну. Вміст хлоридів був знижений у 5,3% пацієнток. Зменшення концентрації неорганічного фосфору в крові було в 15,8% хворих з гнійним запаленням. Дослідження ферментів (АСТ, АЛТ, креатинкіназа, ЛДГ, лужна фосфатаза) показало, що підвищення концентрації лужної фосфатази, вказуюче на хронічне ураження печінки, спостерігалося в 15,8% хворих.

Стосовно мікробіологічної характеристики хронічного гнійного процесу слід зазначити, що вона не відображала дійсного стану речей, оскільки масивна антибактеріальна терапія раніше проводилася всім хворим (від двох до п’яти курсів). Характер аеробної мікрофлори, виявленої до операції в різних локусах, наведено в таблиці 5.7, інтраопераційні дані – в таблиці 5.8.

Таблиця 5.7

Характер мікрофлори (до операції) у хворих із ГЗОМТ

Мікрофлора	Кров	Сеча	Уретра	Ніс	Зів	Піхва	ЦК	Всього
Грам-позитивна								
Епідермальний стафілокок	6	13	31	16	20	28	24	138
Сапрофітний стафілокок	1	4	5	6	3	5	5	29

Продовження табл. 5.7

Мікрофлора	Кров	Сеча	Уретра	Ніс	Зів	Піхва	ЦК	Всього
Золотистий стафілокок	-	-	3	-	-	1	3	7
Негемолітичний стафілокок	-	-	-	3	7	-	-	10
Ентерокок	-	5	9	1	12	13	10	50
Всього	7	22	48	26	42	47	42	234
Грам-негативна								
Ентеробактерії	-	7	4	-	-	7	5	23
Кишкова паличка	-	6	9	-	-	6	7	28
Клебсієла	-	2	1	-	-	-	1	4
Протей	-	-	1	-	-	1	1	3
Синьогнійна паличка	-	1	-	-	-	-	-	1
Всього	-	16	15	-	-	14	14	59
Кандидозна								
Кандида	-	2	8	1	3	20	18	52

Таблиця 5.8

Характер мікрофлори (інтраопераційні посіви) у хворих із ГЗОМТ

Мікрофлора	Підшкірна клітковина	Черевна порожнина	Абсцес	Матка	Всього
Грам-позитивна					
Епідермальний стафілокок	3	5	5	2	15
Сапрофітний стафілокок	1	2	3	-	6
Золотистий стафілокок	-	-	1	-	1
Ентерокок	-	1	2	3	6
Всього	4	8	11	5	28

Продовження табл. 5.8

Мікрофлора	Підшкірна клітковина	Черевна порожнина	Абсцес	Матка	Всього
Грам-негативна					
Еннтеробактерії					
Кишкова паличка	-	1	4	-	5
Клебісієла	-	1	1	-	2
Всього	-	2	7	-	9
Кандидозна					
Кандида	-	1	1	-	2

При дослідженні гною (аеробна флора) посіви були стерильними в 64,6% хворих. Один збудник висіяний в 33,2% випадків, два – у 2,4%. З грампозитивних мікроорганізмів в інтраопераційних посівах переважали епідермальний стафілокок – у 13, сапрофітний стафілокок – у 6, золотистий стафілокок – у 1, ентерокок – у 3 осіб. З грамнегативної флори виділені кишкова паличка – у 5, клебсієла – у 2 та ентеробактерії – у 2 осіб. Кандиди висіяні у 2 випадках.

Отже, у пацієнток із ГЗОМТ відсутність мікрофлори (аеробної) у вмісті абсцесу спостерігалася в 64,6% випадків, у решти патологічний процес підтримувався переважно умовно-патогенною мікрофлорою в асоціації з атиповими (внутрішньоклітинними) збудниками.

Тобто, всі 123 обстежені пацієнтки мали (хронічне) гнійне запалення органів малого таза з ушкодженням тазової клітковини і суміжних органів.

Тривалий перебіг гнійного процесу супроводжувався вираженими змінами гомеостазу: анемією, відсутністю лейкоцитарної реакції, порушенням білкового (гіпо- і диспротеїнемія), мінерального, ліпідного обміну та ферментативної функції печінки.

5.2 Особливості гемостазіологічних порушень у хворих із ГЗОМТ

У пацієнток із ГЗОМТ нами виявлені виражені порушення в плазмовій і судинно-тромбоцитарній ланці гемостазу.

Оцінка стану плазмової ланки гемостазу: помірна фібриногенемія в межах 8 г/л спостерігалася у 56,1% випадків (від 4 до 6 г/л – у 30,9% і від 6 до 8 г/л – у 25,2%) у найбільш компенсованих хворих і була «нормальною» для гнійного запалення, оскільки свідчила про компенсаторні захисні реакції – викид фібриногену для відмежування гнійного вогнища. У найважчих хворих ми спостерігали фібриногенемію більше 10 г/л – 10,6% спостережень або «нормальний» (від 2 до 4 г/л) вміст фібриногену в крові – 14,6% (табл. 5.9).

Таблиця 5.9

Показники системи гемостазу у хворих із ГЗОМТ

Показники	Знижені		Норма		Підвищені		Медіана, квартилі
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	med (q1-q2)
Фібриноген	-	-	18	14,6	105	885,4	675 (475-875)
Протромбінів індекс	41	33,3	68	55,3	14	11,4	80 (75-88)
Час рекальцифікації	4	3,2	44	35,8	75	61	85 (65-120)
Толерантність до гепарину	98	79,7	25	20,3	-	-	315 (255-390)
Гепариновий час	14	11,4	91	74,0	18	14,6	57 (52-59)
Фібринолітична активність	117	95,1	6	4,9	-	-	3 (2-7)

Порушення в системі гемостазу виявлялися підвищенням коагуляційного потенціалу і зниженням фібринолітичної активності крові. Майже

у всіх хворих (95,1%) фібринолітична активність була знижена, лише в 6 (4,9%) хворих цей показник зберігався в межах норми. Етаноловий тест був позитивним у 59 (48%) жінок.

Активований час рекальцифікації (АЧТЧ) менше 30 сек спостерігався у 85% пацієнток з ГЗОМТ.

Нами проводилася оцінка наступних основних тестів, що дозволяють судити про стан загальної здатності згущуватися:

I. Загальна оцінка стану згортання і антитромбінової системи.

• Оцінка часу рекальцифікації крові (норма 120-150 с). Зменшення часу рекальцифікації свідчило про гіперкоагуляцію, збільшення – про гіпокоагуляцію.

• Оцінка часу толерантності крові до гепарину (норма 150-180 с). Нормальний час толерантності крові до гепарину свідчив про наявність власного вільного активного гепарину, який протистоїть механізмам гіперкоагуляції, знижений – про дефіцит власного вільного активного гепарину.

• Оцінка різниці часу толерантності крові до гепарину і часу рекальцифікації (при ГЗОМТ норма – більше 30 с) відображала стан антитромбінової системи, тобто свідчила про ступінь ризику тромбозу і кровотечі. При адекватно функціонуючій антитромбіновій системі різниця часу толерантності крові до гепарину і часу рекальцифікації складає більше 30 секунд. Різниця менше 30 секунд свідчила про дефіцит або повне виснаження запасу вільних активних антикоагулянтів, що розцінювалося нами як депресія антитромбінової системи і ризик розвитку тромботичних змін.

II. Оцінка стану функціональної активності тромбоцитів і стану судинної стінки.

Ми вважали принципово важливими паралельне вивчення параметрів судинної системи і гемостазу як нерозривної збалансованої

системи, оскільки відомо, що тромбоцити, особливо активні, фіксуються переважно на пошкоджених судинах і надавали основне значення не лише і не стільки оцінці окремих показників агрегатограми, скільки комплексу патологічних зрушень гемостазу і судинної системи в цілому (експертна оцінка). Хоча кількісний вміст тромбоцитів знаходився в межах норми в 73,2% хворих і, в середньому, (медіана) склало 218 тисяч, за даними тромбоцитограми нормального вмісту повноцінних зрілих форм тромбоцитів не спостерігалося ні у жодної хворої за рахунок збільшення вмісту юних і старих форм тромбоцитів.

Для виявлення функціональної неповноцінності тромбоцитів вивчалася їх адгезивно-агрегаційна здатність із застосуванням фізіологічних агентів – АДФ, колагену [20]. Дія індукторами агрегації виявила приховані сторони патології.

1. Оцінка функціональної активності тромбоцитів проводилася шляхом вивчення максимальної амплітуди на індуктор агрегації АДФ (%) – (норма 40-70%). Підвищення даного показника ми розцінювали як «роздратування» тромбоцитарної системи і ризик тромбозу.

2. Оцінка функціональної активності тромбоцитів проводилася також шляхом вивчення максимальної амплітуди на індуктор агрегації колаген (%) – (норма 40-70%). Оцінювали активність тромбоцитів і судили про стан судинної стінки – ушкодженні ендотелію судин в результаті деструктивного процесу. Відомо, що багато «голої», без ендотелію судинної поверхні сприяє масивному викиду колагену в судинне русло з подальшим виконанням на нього імунного комплексу. Останній, разом з інактивацією колагену блокує і мембрани тромбоцитів, чутливі (тропні) до колагену. Отже, зниження максимальної амплітуди на індуктор агрегації колаген (%) свідчило як про «роздратування» тромбоцитарної системи і пошкодження тромбоцитів, так і наявності деструктивного процесу (присутності в кровотоку елементів ендотелію).

3. Спонтанну агрегацію (%) вважали своєрідним контролем якості проведеного дослідження (при правильній постановці вона не повинна і не перевищувала 2-3%).

Отримані результати представлені в таблиці 5.10.

Таблиця 5.10

Характер коагулопатичних порушень у хворих із ГЗОМТ

Показники	Знижені значання, %	Нормальні значення, %	Підвищені значення, %	Медіана, квартилі
Час рекальцифікації (норма 120-150 с)	30,6	41,7	27,8	131 (118-162)
Час толерантності крові до гепарину (норма 150-180 с)	48,6	14,3	37,1	151 (120-209)
Різниця часу толерантності крові до гепарину і часу рекальцифікації (норма>30 с)	20	40	40	18 (2-52)
Максимальна амплітуда на індуктор АДФ (норма 40-70%)	56,4	38,5	5,1	34,3 (22,8-488,8)
Максимальна амплітуда на індуктор колаген 4 типу (норма 40-70%)	81,4	16,2	2,7	1,12 (0,31-23,5)
Максимальна амплітуда на індуктор рістоміцин (норма до 80%)	-	83,3	16,7	69,9 (63,8-79,4)
Максимальна амплітуда спонтанної агрегації (норма до 1%)	58,8	41,2	-	0,67 (0,31-1,3)

Так, час рекальцифікації був понижений в 30,6% хворих, що свідчило про гіперкоагуляцію, медіана відповідала 131 секунді. Час толерантності крові до гепарину був знижений у половини хворих – 48,6%, медіана склала 151 секунду (нижня межа норми), що свідчило про виснаження власних запасів вільного активного гепарину в половини хворих із ускладненими формами гнійного запалення.

Різниця часу толерантності крові до гепарину і часу рекальцифікації менше 30 секунд спостерігалася у кожної п'ятої хворої (20%) і розцінювалася нами як показник депресії антитромбінової системи і ризик розвитку тромботичних змін.

Оцінка максимальної амплітуди на АДФ: в основному, у пацієнток спостерігалися «нормальні» або знижені значення даного показника (табл. 5.11).

Таблиця 5.11

Деякі параметри гемостазу у хворих із ГЗОМТ, од.

Показники	Медіана	Квартилі	
		q1	q2
АДФ: - макс. середній агрегату (норма до 10) - макс. нахил агрегату - макс. нахил амплітуди	 8,94 54,4 104	 7,13 35,7 64,6	 11,95 71,35 140,5
Колаген: - макс. середній агрегату (норма до 10) - макс. нахил агрегату - макс. нахил амплітуди	 1,99 15,5 35,2	 1,47 6,98 13,6	 8,25 32,9 96,0
Рістоміцин: - макс. середній агрегату (норма до 10) - макс. нахил агрегату - макс. нахил амплітуди	 7,0 31,95 2200	 5,7 22,4 199	 9,55 46,5 243
Спонт.: макс. середній агрегату	1,23	1,13	1,27
Спорт.: макс. нахил агрегату	1,93	1,43	2,51

Медіана склала 34,3 (нижня межа норми). Даний факт можна пояснити тим, що наші хворі з протизапальною і переважно апірогенною метою протягом довгого часу отримували аспірин і його похідні. Ці препарати знижують показник (максимальну амплітуду на АДФ), оскільки володіють властивістю зниження активності тромбоцитів, що широко використовується в медичній практиці. Не дивлячись на це, підвищення даного показника ми спостерігали в 5,1% хворих, що розцінили як «роздратування» тромбоцитарної ланки гемостазу, тобто ризик тромбозу.

Найвиразніші зміни у хворих зазнав наступний показник – максимальна амплітуда на колаген 4 типу (%). Це було недивним, оскільки даний параметр є непрямим показником пошкодження ендотелію судин, тобто ступеня деструктивного процесу.

Медіана даного показника (максимальної амплітуди на колаген 4 типу) у хворих з ускладненими формами гнійних ВЗОМТ склала всього 1,12% при нормі 40-70%, тобто показники були знижені майже в сорок разів. При цьому ми виключили наявність у пацієнток синдрому Морфана, при якому результати могли бути спотворені (опущення стінок піхви і матки було лише в одної хворої з наявністю двох пологів в анамнезі і без інших ознак дисплазії з’єднальної тканини).

Можливо, це пов'язано з аутоімунним пошкодженням тканини колагену у пацієнток з ГЗОМТ, при цьому нами прослідкувалася залежність ступеня продукції патологічних аутоантитіл та тяжкості істадії гнійного запалення.

Так, якщо у пацієнток «лише» з тубооваріальними абсцесами антитіла до колагену, в середньому, (медіана) визначалися в концентрації 108% від норми, то у пацієнток з параметритами, свищами, оментитами їх концентрація, в середньому, (медіана) склала 156%, а у окремих пацієнток при септичній течії (панцелюлит, загроза перфорації тазових абсцесів) вона склала 400-450% (максимальні значення).

Спонтанну агрегацію ми вважали своєрідним контролем якості проведеного дослідження (у всіх випадках вона не перевищувала 2,25%), що говорило про правильну постановку.

Разом з приведеними параметрами, визначалися і інші, що характеризують стан згортаючої системи.

Як говорилося раніше, ми вважали принципово важливими паралельне вивчення параметрів судинної системи і гемостазу як нерозривної збалансованої системи і проводили комплексну (експертну) оцінку параметрів гемостазу. Комплексна оцінка показала, що небезпечні порушення згортаючої системи крові мали третину хворих з ускладненими формами гнійного запалення (36,1%).

У більшості переважали процеси гіперкоагуляції так як депресія антитромбінової системи поєднано з пошкодженням тромбоцитарної ланки (підвищення агрегаційної активності тромбоцитів), при цьому небезпека тромботичних ускладнень була високою у 8,3% хворих і помірною у 16,7%.

Помірна небезпека кровотечі мала місце в 11,1% хворих, високого ризику кровотечі не було ні у жодної хворої.

Отже, у хворих з ускладненими формами гнійного запалення до операції гемостаз був значно «зрушений» у бік гіперкоагуляції, а хворі були «захищені» від кровотеч високою здатністю згущуватися і власними активними тромбоцитами.

У наших спостереженнях кровотеч в доопераційному періоді не було ні в жодному з випадків. Теоретично вони могли виникнути в процесі неадекватного лікування антикоагулянтами і апіретиками або в результаті механічної ерозії крупної судини (некроз стінки).

Рідкі хворі, що зустрілися у нас з ризиком на кровотечу, могли б унаслідок гіпокоагуляції дифузно «сочитися» на операції з подальшим утворенням гематом (що, загалом, нехарактерно для гнійних хворих).

У наших випадках дане ускладнення не зустрілося, оскільки в результаті інфузій свіжозамороженої плазми з метою передопераційної підготовки показники вийшли з «небезпечної зони» – зменшився час рекальцифікації з нормалізацією різниці часу толерантності крові до гепарину і часу рекальцифікації.

Вираженість порушень гемостазу корелювала з тяжкістю гнійного ушкодження і стадією гнійного процесу (порушення були достовірно важчі у стадії загострення гнійного процесу).

Характер порушень здатності згущуватися був тісно пов'язаний з рівнем антитіл до фосфоліпідів (табл. 5.12).

Таблиця 5.12

Продукція природних ауто антитіл ддо фосфоліпідів, ДНК, колагену, мембранам нейтрофілів (АНКА)

Показники		Медіана	Квартилі	
			q1	q2
АТ-ДНК (p<0,05)	тубваріальні абсцеси + параметрити, нориці, оментити, n=42	213,5	121	272
	тубваріальні абсцеси, n=11	123	67,5	265
АТ-фосфоліпіди (p<0,03)	тубваріальні абсцеси + параметрити, нориці, оментити, n=42	185	130	307
	тубваріальні абсцеси, n=11	133,5	66	231
АТ-колаген (p<0,05)	тубваріальні абсцеси + параметрити, нориці, оментити, n=42	256	122	478
	тубоваріальні абсцеси, n=11	108	99,5	274
АНКА (p<0,05)	тубваріальні абсцеси + параметрити, нориці, оментити, n=42	301	117	451
	тубваріальні абсцеси, n=11	74,5	61,5	187

Вивчення концентрації аутоантитіл до фосфоліпідів у хворих з ускладненими формами ГЗОМТ свідчило про те, що у хворих у 54,1% випадків він був значно підвищений (від 140 до 300% від фізіологічних значень в 41% хворих і більше 300% від фізіологічних значень в 23,1%) (табл. 5.13).

Таблиця 5.13

Характер коагулопатичних порушень залежно від рівня антитіл до фосфоліпідів

Показник	Конц. АТ	Знижені, %	Норма, %	Підвищені, %	Медіана (квартилі) мін-макс
Фібриноген, г/л	>140%	-	16,7	83,3	6,5 (4,5-9,0) 3,35-13,75
	до 140%	-	25	75	6,13 (4,25-7,5) 3-12
Тромбоцити, 10^9/л	>140%	33,3	50	16,7	206 (146-255) 115-338
	до 140%	-	87,5	12,5	227 (221-276) 216-382
Лейкоцити, 10^9/л	>140%	27	59,1	13,6	5,3 (3,6-6,8) 2-11,6
	до 140%	15,4	61,5	23,1	5,6 (4,2-9,2) 3,4-19,6
Максимальна амплітуда на індуктор АДФ, %	>140%	63,6	36,4	-	34,3 (29,6-46,5) 20,1-63,3
	до 140%	40	60	-	47 (23,5-56,4) 23,4-65
Максимальна амплітуда на індуктор колаген 4 типу*, %	>140%	90,9	9,1	-	0,31 (0,3-19,6) 0,12-44
	до 140%	60	40	-	7,23 (0,45-45,1) 0,39-45,2

Примітка. Достовірні відмінності ($p<0,05$) відносно нормативних даних.

При цьому прослідкувалася залежність продукції даних аутоантитіл від тяжкості та стадії гнійного запалення. Так, якщо у пацієнток з тубоовaріальними абсцесами антитіла до фосфоліпідів, у середньому (медіана), визначалися в концентрації 133,5% від норми, то у пацієнток з параметритами, свищами, оментитами їх концентрація перевищувала природну удвічі (медіана 185%), а у окремих пацієнток (панцелюліт, загроза перфорації тазових абсцесів) вона склала 400-450% (максимальні значення).

Тяжкість виявлених коагулопатичних порушень пов'язана з рівнем антитіл до фосфоліпідів.

Проведення дуплексного ультразвукового сканування вен нижніх кінцівок (17 досліджень) показало, що вени сафено-феморального співустя, глибокі вени стегна (загальна стегнова вена, глибока стегнова вена, поверхнева вена стегна і глибокі гомілки з обох боків були прохідні, стискувані датчиком, фарбовані при кольоровому доплерівському картируванні).

У 5 (29,4%) пацієнток при дослідженні виявлена варикозна хвороба – помірне розширення вен нижніх кінцівок (сафено-феморального співустя, глибоких вен гомілок), при проведенні проби Вальсальви виявлена недостатність клапанів вен, у 2 (11,8%) випадках виявлені ознаки хронічної венозної недостатності. У 1 (5,9%) пацієнтки виявлені ознаки флебіту великої підшкірної вени стегна.

Крім того, варикозне розширення вен таза виявлене у 5 (29,4%) пацієнток, тромб в просвіті судини (септичний тромбофлебіт) візуалізувався в одному випадку (5,9%).

Отже, тривалий перебіг ГЗОМТ призводив до порушень судинно-тромбоцитарної і плазмової ланки гемостазу у всіх випадках, при цьому, виражені порушення мали 36,1% хворих (високий ризик тромботичних ускладнень – 8,3%, помірний – 16,7%, помірний ризик кровотечі – 11,1% хворих).

Ступінь гемостазіологічних порушень корелювала з тяжкістю гнійного ушкодження і стадією гнійного процесу (порушення були достовірно важче у стадії загострення гнійного процесу).

У патогенезі ускладнених (хронічних) форм гнійного запалення виявлений аутоімунний компонент, пов'язаний з наявністю підвищеної концентрації аутоантитіл до фосфоліпідів і колагену, тяжкість виявлених коагулопатичних порушень була пов'язана з рівнем даних антитіл.

Отримані дані вплинули на характер і тривалість передопераційної підготовки і післяопераційного ведення хворих.

5.3 Корекція гемастіологічних порушень

Відомо, що будь-які операції, і особливо операції на органах малого таза призводять до придаткового зрушення у бік гіперкоагуляції, тим більше у гнійних хворих, коли в судинне русло під час операції потрапляє велика кількість тромбопластичних мас. До того ж тромбоцити, особливо активні (хворих з активними тромбоцитами за нашими даними була більшість – 90,3%) фіксуються на пошкоджених в результаті гнійного запалення і інтоксикації судинах, що також підвищує ризик тромбозу [110].

Тому корекція виявлених нами порушень у хворих з ускладненими формами гнійного запалення була життєво важливою. Мета її – знизити частоту інтра – і післяопераційних ускладнень (тромбозу і кровотеч), при цьому, визначення передопераційного стану гемостазу мало велике значення для прогнозу ускладнень і результату захворювання.

Трьом пацієнткам, зважаючи на наявність екстрених показань до операції (розлитий гнійний перитоніт через перфорацію гнійних тубооваріальних утворень в черевну порожнину), протягом 1,5-2,0 годин проводилася передопераційна підготовка. Вона включала катетеризацію вени і проведення транс фузійної терапії під контролем ЦВД в об'ємі 1200 мл колоїдів, білків і кристалоїдів в об'ємі 1:1:1.

Пешті 120 пацієнткам проводилася передопераційна підготовка. Вона включала, у тому числі, корекцію гемостазіологічних порушень.

При важкому ступені інтоксикації (43 спостереження) інфузійну терапію проводили щодня в об'ємі 1500-2000 мл на добу. При середньому ступені інтоксикації (74 спостереження) об'єм інфузій складав 800-1000 мл на добу.

Інфузійна терапія включала:

- кристалоїди – 5 і 10% розчинів глюкози і замінників, сприяючих відновленню енергетичних ресурсів, а також коректори електролітного обміну; поліпшенню властивостей реологій крові сприяло вживання дезагрегегантів (тренталу, курантілу);
- плазмозамінні колоїди – в об'ємі 500 мл / через день;
- білкові препарати – свіжозаморожена плазма; 5, 10 і 20% розчинів альбуміну.

Тривалість передопераційної підготовки була індивідуальною (від 2 до 7 днів). Оптимальною для операції ми вважали стадію ремісії гнійного процесу.

Всім пацієнткам після проведення передопераційної підготовки, що включила і корекцію гемостазіологічних порушень (інфузійна терапія, у тому числі трансфузії свіжозамороженої плазми, дезагреганти) проведено оперативне лікування.

Як видно з таблиці 5.14, на тлі проведення інтенсивної передопераційної підготовки, що включає у тому числі корекцію гемостазіологічних порушень, відмічено достовірне поліпшення наступних показників (медіана): збільшення гемоглобіну (з 112 до 117 г/л) збільшення тромбоцитів з 216 до 245 (10^9/л), збільшення лімфоцитів з 22 до 26, зниження ШОЕ з 26 до 20 мм/год., зниження (практично нормалізація) ЛІІ з 1,7 до 1,2, зниження фібриногену – з 6,75 до 3,55 г/л.

Таблиця 5.14

Зміни параметрів клінічного аналізу крові у хворих на фоні проведення передопераційної підготовки

Показник	Передопераційна підготовка	Знижені, %	Норма, %	Підви-щені, %	Медіана (квартилі)
Гемоглобін *	до	63,4	35,4	1,8	112 (97-124)
	після	52	41,7	6,3	117 (100-129)
Еритроцити *	до	59,4	39,8	0,8	3,5 (3,12-3,84)
	після	46,9	50	3,1	3,72 (3,2-4,0)
Лейкоцити *	до	11,4	55,3	33,3	7,35 (5,2-10,1)
	після	8,3	68,8	22,9	5,7 (4,35-8,1)
Тромбоцити *	до	12,2	75,6	12,2	216 (189-255)
	після		74,2	25,8	245 (220-318)
Сегменто-ядерні	до	8,1	61	30,9	67 (57-71)
	після	9,3	69,8	20,9	65 (57-71)
Лімфоцити *	до	32,5	48,8	18,7	22 (17-35)
	після	18,6	62,8	18,6	26 (21-35)
ШОЕ *	до	-	30,1	69,9	26 (14-42)
	після	-	48,9	51,1	20 (10-33)
ЛІІ *	до	-	31,7	68,3	1,7 (0,9-3,6)
	після	-	41,9	58,1	1,2 (0,6-2,1)
Фібриноген *	до	-	14,6	85,4	16,75 (4,75-8,75)
	після	-	55,3	44,7	3,55 (2,75-5,53)

У хворих з ускладненими формами ГЗОМТ виконано 25,2% органозберігаючих операцій і 74,8% радикальних (з них зі збереженням гормональної функції – в 52,0% і пангістеректомія в 22,8%). Об'єм хірургічного втручання був індивідуальний і залежав від наступних основних моментів: віку хворих, ініціації процесу, тяжкості гнійної і характеру супутньої патології геніталій. Умовами для виконання реконструктивних операцій були відсутність гнійного ендоміометриту (панметриту) і множинних екстрагенітальних абсцесів.

Радикальні втручання виконані хворим, в яких була поєднане ушкодження: двобічне ушкодження придатків, панцелюліт, гнійні свищі.

Середня крововтрата (медіана) склала 200 мл. Інтраопераційно проводилася інфузійна терапія, у тому числі: в 12 (64,2%) – трансфузії свіжозамороженої плазми, переливання еритроцитарної маси було потрібно лише в 2 (1,6%) випадках у пацієнток з вихідною важкою анемією.

Основні патологічні тромботичні зміни виявлені нами в матці: макроскопічно інтраопераційно (при пересіченні маткових судин) в 16 (13,8%) хворих візуалізувалися тромби різного діаметру у вигляді «черв'яків», при патоморфологічному дослідженні трамбовані судини матки визначалися в 35 випадках (30,1%), переважно акушерських, некротичних формах, а також панметриті у гінекологічних хворих.

Мікроскопічно визначалося тотальне пошкодження ендо- і міометрія: велика кількість (мережа) гіалінових волокон і як результат септичного тромбозу – зони некрозу різного ступеня і протяжності.

Все це підтверджує негативну роль гемостазіологічних порушень в патогенезі і результаті хронічного гнійного запалення і реальну небезпеку тромбоемболічних ускладнень в даних хворих.

Ми використовували наступні неспецифічні способи профілактики тромбоемболічних ускладнень:

• вживання максимально щадної, відпрацьованої техніки оперативного втручання;

• використання комбінованої, у тому числі регіонарної (спінальної або епідуральної) анестезії;

• ефективне знеболення в післяопераційному періоді;

• вживання в програмі лікування інфузійної терапії в режимі помірної гіперволемії (попередження гіповолемії);

• вживання пневматичної манжеточної компресії з першої доби післяопераційного періоду.

Специфічними способами профілактики тромбоемболічних ускладнень були:

• використання прямих антикоагулянтів – низькомолекулярного гепарину – фраксипарину в дозі 0,3 (2850 МО Анти-ха активності відповідно) – під шкіру живота протягом 5-7 днів (при масі тіла хворої більше 100 кг дозу антикоагулянту подвоювали);

• вживання засобів, поліпшуючих властивості реологій крові (курантил, трентал);

• використання доступних екстракорпоральних методів детоксикації;

• вживання глюкокортикоїдів, враховуючи наявність аутоімунного компонента запалення.

Аналіз показав, що небезпека тромбозу була найбільш велика на 3-4 добу післяопераційного періоду і навіть на 8-12 добу практично у всіх хворих зберігалася помірна гіперкоагуляція, що вимагало відповідної корекції.

У всіх пацієнток в післяопераційному періоді був позитивний етаноловий тест

На даному етапі і на етапі відновного амбулаторного лікування нами використовувалися, в основному, антитромбоцитарні препарати

(аспірин, нестероїдні протизапальні засоби), спазмолітичні і вазоактивні препарати, венотоніки (детралекс, троксевазин, ескузан), ензимотерапія.

Тобто, у пацієнток з ускладненими ГЗОМТ присутні важкі гемостазіологічні порушення з наявністю тромбозу вен матки і судин малого таза, що є одним з елементів патогенезу.

Всі пацієнтки потребують корекції гемостазіологічних порушень і проведення специфічної і неспецифічної профілактики тромбоемболічних ускладнень, небезпека яких зростає на 3 добу післяопераційного періоду. (табл. 5.15, 5.16).

Таблиця 5.15

Динаміка параметрів клінічного аналізу крові у хворих у післяопераційному періоді

Показник	Час дослідження	Знижені, %	Норма, %	Підвищені, %	Медіана (квартилі)
Гемоглобін	перед опер.	2	41,7	6,3	117 (100-129)
	1 доба	63,9	36,1	-	106 (95-123)
	2 доба	90,5	9,5	-	97 (77-105)
	3-4 доба	82,1	17,9	-	88 (78-107)
	5-6 доба	93,3	6,7	-	88 (79-93)
	7-8 доба	86,7	13,3	-	91 (77-97)
	9-12 доба	100	-	-	95 (88-97)
Лейкоцити	перед опер.	8,3	68,8	22,9	5,7 (4,35-8,1)
	1 доба	-	36,1	63,9	10,5 (7,8-11,95)
	2 доба	-	52,4	47,6	8,6 (6,8-11,1)
	3-4 доба	-	67,9	32,1	7,15 (6,35-9,35)
	5-6 доба	6,7	86,7	6,7	5,1 (4,2-6,55)
	7-8 доба	21,4	64,3	14,3	5,4 (4-7,8)
	9-12 доба	9,1	72,7	18,2	5,6 (5,35-8,3)

Продовження табл. 5.15

Показник	Час дослідження	Знижені, %	Норма, %	Підвищені, %	Медіана (квартилі)
Тромбоцити	перед опер.	-	74,2	25,8	245 (220-318)
	1 доба	26,7	66,7	6,7	200 (178-268)
	2 доба	9,1	90,9	-	225 (193-265)
	3-4 доба	8,3	91,7	-	226 (203-235)
	5-6 доба	-	88,9	11,1	240 (215-300)
	7-8 доба	-	100	-	260 (210-300)
	9-12 доба	-	100	-	300 (290-320)
ШОЕ	перед опер.	-	48,9	51,1	20 (10-33)
	1 доба	-	57,1	42,9	15 (10-30)
	2 доба	-	35	65	22 (12-29)
	3-4 доба	-	25	75	25 (17-33)
	5-6 доба	-	20	80	30 (21-37)
	7-8 доба	-	35,7	64,3	24 (6-30)
	9-12 доба	-	27,3	72,7	21 (15-27)
ЛІІ	перед опер.	-	41,9	58,1	1,2 (0,6-2,1)
	1 доба	-	21,2	78,8	2 (1,35-3,75)
	2 доба	-	6,7	93,3	2,8 (2,25-6,25)
	3-4 доба	-	8,7	91,3	2,3 (1,6-4,2)
	5-6 доба	-	60	40	0,6 (0,3-1,4)
	7-8 доба	-	61,5	38,5	0,6 (0,2-1,75)
	9-12 доба	-	37,5	62,5	1,1 (0,4-2,9)

Таблиця 5.16

Динаміка параметрів коагулограми у хворих у післяопераційному періоді

Показник	Час дослідження	Знижені. %	Норма. %	Підвищені. %	Медіана (квартилі)
Фібриноген	перед опер.	-	55,3	44,7	3,55 (2,76-5,53)
	1 доба	2,8	66,7	30,5	3,64 (3,08-4,27)
	2 доба	-	58,8	41,2	3,91 (3,07-4,47)
	3-4 доба	-	33,3	66,7	5,07 (3,22-6,01)
	5-6 доба	7,1	50	42,9	3,98 (2,59-5,07)
	7-8 доба	-	60	40	3,85 (2,88-5,06)
	9-12 доба	16,7	50	33,3	3,79 (2,38-4,21)
ПІ	перед опер.	37,5	45	17,5	82,6 (77-96,4)
	1 доба	45,9	45,9	8,1	82,7 (74,7-88,4)
	2 доба	64,7	35,3	-	75,5 (69-881,7)
	3-4 доба	40,9	50	9,1	82,9 (76,1-86,6)
	5-6 доба	28,6	50	21,4	88,9 (78,9-95)
	7-8 доба	30	60	10	82,1 (76-87,5)
	9-12 доба	50	50	-	81,7 (72-91,6)
(АЧТЧ1/ АЧТЧ2)* 100%	перед опер.	40	47,5	12,5	84,3 (71,5-91,6)
	1 доба	56,8	40,5	2,7	79 (71,1-86,8)
	2 доба	41,2	47,1	11,8	84,4 (69-95)
	3-4 доба	50	36,4	13,6	80,2 (63,8-92,5)
	5-6 доба	64,3	35,7	-	72 (65,2-83)
	7-8 доба	60	30	10	74,8 (71-90,1)
	9-12 доба	66,7	33,3	-	65,2 (56,7-87,8)

Використання програми корекції гемостазіологічних порушень в комплексному лікуванні дозволило уникнути тромбоемболічних усклад-

нень (всі пацієнтки виписані зі стаціонару на 10-12 добу післяопераційного періоду)

Отже, результати проведених досліджень свідчать, що використання удосконаленого нами алгоритму дозволяє попередити гемостазіологічні порушення в жінок групи високого ризику – із ГЗОМТ, які булі прооперовані в ургентному порядку. Це дозволяє нами рекомендувати його в практичну охорону здоров'я.

Матеріали даного розділу були використані у наступних публікаціях:

1. Бойко ВІ, Терехов ВА. Ендоскопічне лікування невідкладних станів в гінекології: тактика та реабілітація. Здоров’я жінки. 2020;3:64–71.

2. Терехов ВА. Роль комплексного оцінювання показників гемодинаміки і гомеостазу при гострих гінекологічних станах. Здоров’я жінки. 2020;8:64–8.

3. Бойко ВІ, Терехов ВА. Найближчі та віддалені результати лікування абдомінальних ускладнень після гінекологічних операцій із застосуванням ендоскопічних технологій. Репродуктивне здоров’я жінки. 2021;2:22–7.

4. Терехов ВА. Роль ультразвукового дослідження в оцінці тазових перитонеальних спайок у пацієнток репродуктивного віку з оперативними втручаннями в анамнезі. Перинатологія та репродуктологія: від наукових досягнень до практики [Електронне науково-практичне видання]. 2021;2:54–61.

5. Терехов ВА. Особливості стану гемодинаміки і гомеостазу при гострих гінекологічних захворюваннях. Перинатологія та репродуктологія: від наукових досягнень до практики [Електронне науково-практичне видання]. 2021;3:124–31.

6. Терехов ВА. Сучасні аспекти ургентних ендоскопічних гінекологічних операцій. Перинатологія та репродуктологія: від наукових досяг-

нень до практики [Електронне науково-практичне видання]. 2022;1:69–82. DOI: 10.52705/2788-6190-2022-01-7

7. Терехов ВА. Гемостазіологічні аспекти після планових та ургентних лапароскопічних операцій на придатках матки Перинатологія та репродуктологія: від наукових досягнень до практики [Електронне науково-практичне видання]. 2022;2:66–71. DOI: 10.52705/2788-6190-2022-02-10

8. Терехов ВА. Сучасні ризики гінекологічних ендоскопічних операцій. В: Перинатологія та репродуктологія: від наукових досягнень до практики [Електронне науково-практичне видання НУОЗ України імені П.Л. Шупика]: тези науково-практичної фахової школи-семінару з онлайн трансляцією «Клінічні рекомендації в практиці акушера-гінеколога» (24 лютого 2021 року, Дніпро-Запоріжжя). 2021;1:90.

9. Терехов ВА. Тазові перитонеальні спайки у гінекологічних хворих. В: Перинатологія та репродуктологія: від наукових досягнень до практики [Електронне науково-практичне видання НУОЗ України імені П.Л. Шупика]: тези науково-практичної фахової школи-семінару з онлайн-трансляцією «Клінічні рекомендації в практиці акушера-гінеколога» (22 квітня 2021 року, Київ-Вінниця-Житомир). 2021;2:76–7.

РОЗДІЛ 6
АНАЛІЗ ТА ОБГОВОРЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕНЬ

І етап досліджень

Основою роботи на І етапі досліджень є клінічний аналіз історій хвороби 902 пацієнток (1 група) з різними гінекологічними захворюваннями: доброякісні новоутворення жіночих статевих органів, пролапс геніталій, безпліддя тощо, яким проведені хірургічні втручання з використанням малоінвазивних доступів.

Запропонована оцінка ефективності використання малоінвазивних доступів в хірургічному лікуванні гінекологічних захворювань у 902 хворих, що оперуються нами в період з 2013 по 2022 рік. З них 631 (69,9%) хворим було виконано операції малоінвазивними доступами (підгрупа 1.1), а 271 (30,1%) – традиційними методами (підгрупа 1.2). Із 271 операції, виконаних традиційними методами, було 110 (40,6%) лапаротомних ГЕ, 86 (31,7%) лапаротомних міомектомій, 75 (27,7%) вагінальних ГЕ з передньою і (або) задньою кольпоррафією (без використання сітчастих імплантатів і лапароскопічних методів корекції при опущенні та випаданні статевих органів).

Середній вік хворих, яким була виконана ЛТ і традиційні вагінальні ГЕ, склав 45,2±0,7 року, тобто більше половини групи, оперованих нами жінок, відносяться до пізнього репродуктивного і перименопаузальному віку.

Хворі були оперовані в плановому 516 (81,8%) та невідкладному порядку 115 (18,2%). При оцінці структури малоінвазивних оперативних втручань встановлено, що у більшості випадків (42,8%) були застосовані органозберігаючі операції з приводу новоутворень матки та придатків, операції з приводу пролапса геніталій (18,3%) та комбінована ГЕ (15,2%). При оцінці спектра найбільш розповсюджених операцій встановлено, що у половині випадків (49,2%) була діагностична ЛС, у кожному четвер-

тому випадку (24,1%) – сальпінгооваріолізіс і у кожному десятому (10,3%) – трубна стерилізація. При пролапсі геніталій переважали піхвова ГЕ (55,7%), операції при стресовому нетриманні сечі (46,1%) та піхвова екстраперитонеальна реконструкція тазового дна (33,0%). Отримані дані співпадають з дослідженнями провідних вітчизняних авторів щодо структури малоінвазивних операцій в гінекології [17, 26, 51].

Для вибору диференційного підходу до методів хірургічного лікування гінекологічних хворих, спочатку ми проаналізували результати 153 ГЕ, виконаних з використанням вагінального доступу і 110 ГЕ, виконаних традиційним лапаротомним доступом. Вибір методики здійснювався залежно від розмірів матки, її рухливості, особливості розташування міоматозних вузлів, ємкості піхви, перенесених раніше операцій. При необхідності виконувалося видалення придатків, усунення спайкового процесу, проведення симультанних операцій. Середній вік пацієнток складав 42,3±2,6 року.

Показаннями до операції служили: розміри міоми матки 12-22 тижні вагітності, підслизова локалізація фіброматозних вузлів, супутній спайковий процес органів черевної порожнини, виражена гіпохромна постгеморагічна анемія тощо.

У 57 з 153 випадків (37,3%) була виконана чисто вагінальна ГЕ, а в 96 з 153 (62,7%) операціях вагінальний доступ передував проведенням лапароскопічного етапу. Останній включав введення маткового маніпулятора, діагностичну ЛС, роз'єднання спайок, ідентифікацію сечоводів (при необхідності).

В удосконаленій нами методиці ушивання черевної порожнини після вагінальної ГЕ два обвивних шва накладаються на слизову оболонку піхви, кукси зв'язок і тазову очеревину від міхурно-маткової складки і передньої стінки піхви до очеревини позаматкового простору і задньої стінки піхви. Справа і зліва накладаються 2 таких шва. Зав'язу-

ються шви одночасно. Дана техніка дозволяє досягти надійного гемостазу і уникнути виникнення позачеревних гематом і гематом куполу піхви в післяопераційному періоді.

Проведений порівняльний аналіз результатів використання удосконаленого нами способу ушивання черевної порожнини і традиційно вживаних методів.

1 основна група – 153 хворих, яким була виконана вагінальна ГЕ з використанням удосконаленої методики. Зареєстровано 1 ускладнення (0,65%) – перикультіт. Гематом куполу піхви не відмічено.

1 група порівняння – 75 хворих, яким була виконана вагінальна ГЕ з традиційною методикою ушивання куполу піхви. Зареєстровані 3 (4%) гематоми куполу піхви в ранньому післяопераційному періоді (на 3-5 добу після операції).

Якщо спочатку операції використовувався лапароскопічний доступ, після завершення вагінальної ГЕ проводилася ЛС для контролю гемостазу, а при необхідності санація і дренування органів черевної порожнини.

Одним з показань до використання лапароскопічного доступу була наявність великої кількості субсерозних вузлів, у тому числі на ніжці при великих (18-22 тижні) розмірах матки. При виконанні морцеляції в трьох випадках субсерозні вузли мимоволі відривалися і, після видалення матки, залишалися в черевній порожнині. У всіх випадках при ЛС після завершення ГЕ ці вузли були виявлені і евакуйовані з черевної порожнини.

Тривалість операції варіювала від 40 до 85 хвилин при комбінованому (лапароскопічному і вагінальному) доступі у хворих з міомами матки великих розмірів, часто поєднано з малою ємкістю піхви, тобто в тих, що не народжують. Тривалість знаходження хворих в стаціонарі складала 2-5 днів. Середня крововтрата – 300,1±31,6 мл.

За час роботи було одне серйозне ускладнення – поранення сечового міхура (ЛТ), ушивання рани сечового міхура, ГЕ, хвора виписана з одужанням на 12 добу). У одному випадку в ранньому післяопераційному періоді був діагностований перикультіт. Перехід на ЛТ виконаний лише одного дня (у випадку, описаному вище).

При виконанні ГЕ з використанням лапаротомного доступу зареєстровані наступні ускладнення: інтраопераційно – 2 поранення сечового міхура і 2 поранення сечоводів. У ранньому післяопераційному періоді було виявлено 2 перикультіти і 3 підапоневротичних гематоми передньої черевної стінки.

Після операції протягом двох років у хворих не було виявлено клінічних ознак спайкового процесу органів черевної порожнини, порушення функції суміжних органів. Пацієнтки не відзначали значно виражених порушень сексуальної функції.

Техніка вагінальної ГЕ з приводу міоми матки великих розмірів базується на двох основних принципах: деваскуляризація матки шляхом лігування маткових артерій перед виконанням власне ГЕ; зменшення розмірів пухлини шляхом бісекції, міомектомії, морцеляції або коринг.

Вагінальна ГЕ стає оптимальною, коли вона виконана без надмірної крововтрати при великих розмірах матки. Це можливо, якщо бісекція і морцеляція виконуються після лігування маткових судин [32, 256].

У нашому дослідженні частіше була використана ЛТ – 110 з 263 випадків (41,8%) та комбінований лапароскопічний і піхвовий доступ – 96 з 263 (36,5%) порівняно з піхвовим доступом – 57 з 263 (21,7%).

Розташування маткових судин у зведеннях матки робить доцільним використання вагінального доступу, лігування судин в цьому випадку набагато зручніше, ніж при абдомінальному доступі.

При виконанні лапароскопічної ГЕ при роботі на маткових судинах ризик пошкодження сечоводів вищий, ніж при вагінальній операції. Це

пов'язано з тим, що при лапароскопічній ГЕ використовується матковий маніпулятор. Для кращої візуалізації маткових судин при ЛС вектор руху маткового маніпулятора направлений догори.

У наших дослідженнях не відмічено жодного випадку пошкодження сечоводів при виконанні вагінальної ГЕ. Після лігування маткових судин, для виконання ГЕ, можливе вживання такої техніки, як бісекція, міомектомія, морцеляція, коринг.

Коринг центральної частини матки як спосіб зменшення об'єму вже був описаний в літературі [26, 264]. Як у всіх зменшуючих процедурах, це робиться після того, як всі маткові судини пересічені. Потім довкола шийки робиться неглибокий розтин тканин.

При великих розмірах матки методом вибору є бісекція, тобто розтин матки в сагітальній площині з подальшою морцеляцією і міомектомією.

Відбір хворих для цих операцій дуже важливий. Умови для використання вагінального доступу визначаються, у першу чергу, наявністю достатньої мобільності матки по всіх напрямах і ємкістю піхви. Ці параметри набагато важливіші, ніж розміри матки.

Отже, вагінальна ГЕ або вагінальна ГЕ з лапароскопічною асистенцією має безперечні переваги перед традиційною лапаротомічною ГЕ (відсутність розрізу, що забезпечує важливий для жінки косметичний ефект, відсутність болю і швидке відновлення в післяопераційному періоді, низька частота післяопераційних ускладнень, відсутність ускладнень пізнього післяопераційного періоду (спайкова хвороба, больовий синдром), зниження ризику інтраопераційних ускладнень, відсутність абсолютних протипоказань).

Фрагментація матки на вагінальному етапі значно скорочує час операції і знімає обмеження щодо використання даної операції при міомах матки великих розмірів. Накопичений досвід доводить здійснимість,

доцільність і ефективність вагінальної ГЕ. Великі розміри міоми матки не є протипоказанням до проведення ГЕ вагінальним доступом.

Нами проведена оцінка порівняльних аспектів різних хірургічних доступів при органозберігаючих операціях. Так, вивчення можливості та ефективності використання вагінального доступу для виконання міомектомії починалося з вживання вагінального доступу в комбінації з лапароскопічним у пацієнток з міомою матки. Був проведений порівняльний аналіз 43 випадків міомектомії комбінованим лапароскопічним і вагінальним, 50 випадків лапароскопічної міомектомії і 86 лапаротомних міомектомій у жінок з міомами матки. Вибір методики здійснювався залежно від розмірів матки, особливості розташування міоматозних вузлів, ємкості піхви, перенесених раніше операцій. За необхідності виконувалося усунення спайкового процесу, проведення симультанних операцій. Показаннями до операції служили: вторинне безпліддя, безпліддя з наявністю в анамнезі мимовільних абортів другого триместру вагітності або збереження вагітності у жінок з анемією, викликаною гіперменореєю, або наявність великих розмірів пухлини (розміри міоми матки до 14 тижнів вагітності), швидке зростання пухлини, порушення живлення вузла [51, 264], тобто міома матки була основною або єдиною патологією, що вимагає хірургічного лікування. Всім пацієнткам виконувалися міомектомії. Обидві підгрупи не мали статистичних відмінностей ($p>0,05$) за середніми показниками віку, величини міоми, частоти анемізації до хірургічного лікування тощо.

Підготовка до операції включала [75, 272]: цитологічне підтвердження відсутності малігнізації ШМ, виключення ановуляції й інших причин порушення МЦ, уточнення діагнозу субмукозної локалізації вузла за допомогою дилатації і кюретажу, гістероскопії або інших методів діагностики, оцінку ризику операції з врахуванням анемії і рішення питання про антианемічну терапію, здобуття документальної згоди паці-

єнтки на те, що у разі потреби або інтраопераційних ускладнень об'єм операції може бути розширений до ГЕ.

Використовувана нами удосконалена методика міомектомії комбінованим лапароскопічним і вагінальним доступом включала лапароскопічний і вагінальний етапи. При цьому міома видалялася фрагментарно до тих пір, поки розміри частини, що залишилася, відповідали розмірам вагінальної рани. Після видалення препарату на кольпотомну рану накладався П-подібний шов, піхва туго тампонувалася на 3-4 години. У випадках субсерозно-інтрамуральної локалізації вузлів, наявності необхідності ушивання рани матки до вищеперелічених маніпуляцій виконувалося трансвагінальне ушивання ложа фіброматозного вузла однорядним або дворядним швами. Черезпіхвове ушивання рани можливе при локалізації міоми, що видаляється, в області задньої і бічних поверхонь матки, дна матки, і неможливо, коли міома матки розташована по передній стінці матки.

Середня тривалість втручання складала 52,7±0,5 хв. Тривалість знаходження хворих в стаціонарі складала 2-3 дні. Величина крововтрати не перевищувала 350 мл в жодному з випадків, а у середньому склала 150,2±15,3 мл. Зареєстровано одне серйозне ускладнення – кровотеча з ушитої рани матки через 7 годин після закінчення операції (виконана реЛС, здійснення гемостазу, гемотрансфузія, хвора виписана з одужанням на 5 добу).

Лапароскопічні міомектомії виконувалися по загальноприйнятій методиці [27] з використанням морцелятора. Усього було виконано 179 міомектомій, з яких частіше – у 86 з 179 випадків (48,0%) лапаротомним доступом; у 50 з 179 (27,9%) – піхвовий доступ і у 43 з 179 (24,1%) – комбінований лапароскопічний та вагінальний доступи.

За основними показниками отримані результати виконання міомектомії комбінованим лапароскопічним і вагінальним доступом і лапаро-

скопічним доступом відрізняються один від одного, перш за все, тривалістю операції. Використання морцелятора для видалення препарату, з одного боку, помітно збільшує час операції, а з іншого, порушує дотримання онкологічних принципів, так, в разі злоякісної природи вузла, призводить до поширення онкологічного процесу.

Іншим важливим питанням, що виникає в процесі виконання лапароскопічної міомектомії, є вибір: чи досить використання біполярної коагуляції в зоні ложа вузла, або, необхідне накладення ендошвів. Це питання залишається дискутабельним, оскільки віддалені результати доки не дозволяють зробити остаточні висновки, і вимагає подальшого вивчення.

Переваги використання бар'єрних матеріалів для профілактики спайкового процесу в післяопераційному періоді сьогодні не є очевидними [65, 272]. Оскільки недостатньо віддалених результатів, хоча випадків спайкової непрохідної в ранньому післяопераційному періоді в нашому дослідженні не було. Зменшити час операції, дотримати онкологічні принципи при виконанні лапароскопічної міомектомії нам дозволило поєднання лапароскопічного і вагінального доступу.

З розвитком і впровадженням в широку практику лапароскопічної техніки методом вибору все частіше стає лапароскопічна міомектомія [51,125]. Проте отримані останніми роками результати виявляють не лише позитивні, але і негативні сторони використання для міомектомії лапароскопічного доступу [75, 133]. Причинами цього, у першу чергу, є невірне визначення показань лапароскопічної міомектомії. Це найчастіше відноситься до пацієнток з фіброматозними вузлами субсерозно-інтрамуральної локалізації, особливо при великих розмірах останніх.

Іншою групою хворих, що викликають серйозні інтраопераційні труднощі, є пацієнтки з атиповим розташуванням вузлів, частіше в області перешийка матки в безпосередній близькості з матковими судинами. У таких ситуаціях значно підвищується ризик розвитку інтраопераційних

ускладнень (кровотеча, поранення суміжних органів тощо) і часто призводить до конверсії доступу.

Згідно даних сучасної літератури [112, 142], протипоказання до лапароскопічної міомектомії наступні: розміри матки більше 14 тижнів, розміри міоми більше 10-12 см, множинні (більш трьох) міоми матки, субмукозное розташування міоми.

У той же час, вагінальний доступ дозволяє розширити спектр показань для виконання міомектомії малоінвазивними доступами.

У міру накопичення досвіду у використанні вагінального доступу для міомектомії, адекватного виставляння показань і протипоказань (з врахуванням особливостей локалізації, кількості міоматозних вузлів, правильної оцінки достатності доступу), сьогодні вся більша кількість міомектомій виконується нами лише вагінальним доступом.

Удосконалена нами методика включає наступні етапи операції. Якщо після ультразвукового та інших методів дослідження залишаються сумніви в локалізації, розмірах і кількості фіброматозних вузлів необхідно як перший етап виконати діагностичну ЛС, оскільки ревізія органів малого таза через задню кольпотомну рану вельми обмежена.

У тому випадку, якщо ж ситуація не вимагає уточнення діагнозу, операція відразу може бути розпочата вагінальним доступом. Для зменшення кровоточивості і крововтрати під час операції ми інфільтруємо слизову оболонку заднього зведення піхви розчином адреналіну (1 мл 0,1% адреналіну на 500 мл фізіологічного розчину), потім виконуємо задню кольпотомію.

Серозна оболонка матки фіксується кульовими чипцями або вікончастим затиском і виводиться в рану. При необхідності можливо проведення інфільтрації розчином адреналіну тканин матки довкола фіброматозного вузла. Наступним етапом робили розріз серозної оболонки матки над вузлом.

Розріз має бути адекватний локалізації і розмірам вузла, і, по можливості, на максимально можливій відстані від крупних маткових судин. Фіброматозний вузол фіксується кульовими щипцями, поетапно виділяється і виводиться в рану.

Якщо розміри вузла перевершують розміри кольпотомної рани, ми використовуємо метод фрагментації або кусковання вузла (техніка його виконання аналогічна такій при вагінальній ГЕ). Після видалення вузла на рану матки накладаються два ряди швів. В світлі багаточисельних дискусій [7, 143] щодо спроможності швів на матці після міомектомії при використанні різних доступів необхідно відзначити, що шви, накладені на матку з вагінального доступу, ідентичні швам при лапаротомній міомектомії, тобто спроможність їх не викликає сумніви.

Виконується контроль гемостазу, матка занурюється в черевну порожнину, кольпотомна рана ушивається наглухо.

Необхідно відзначити, що мінілапароскопічна технологія особливо показана при виконанні діагностичної ЛС при різних хірургічних і гінекологічних захворювання, у тому числі й ургентних [20, 146].

Слід сказати, що дана процедура є складнішою і трудомісткою порівняно зі стандартною ЛС при практично однакових діагностичних можливостях. При необхідності придатково вводиться 2 мм інструмент для пальпації, інструментальної ревізії.

Останнім часом спостерігається розширення спектру і збільшення об'єму ендовідеохірургічних операцій в гінекологічній практиці [27, 150]. Це обумовлено рядом відомих достоїнств – зниженням травматичності та больового синдрому у пацієнтів у післяопераційному періоді.

Зважаючи на вищезгадані причини, актуальним стає використання мікрохірургічного інструментарію, оскільки за допомогою останнього удається досягти кращих результатів в плані зниження травматичності порівняно зі стандартними ендовідеохірургічними методиками [112, 150].

Нами вивчені порівняльні аспекти різних доступів при гінекологічному пролапсі. Нами було виконано 115 операцій по корекції пролапсу геніталій з використанням малоінвазивних доступів. У досліджувані підгрупи входили пацієнтки з опущенням та випаданням геніталій, що вимагають хірургічного лікування. Рішення про об'єм хірургічного лікування приймалося індивідуально і, перш за все, з врахуванням віку. Молодшим пацієнткам і жінкам, що активно живуть статевим життям, виконувалися операції з використанням лапароскопічного доступу зі збереженням матки (лапароскопічна сакровагінопексія, лапароскопічна апоневротична вагінопексія, лапароскопічна операція Берча).

Хворим літнього віку у випадках рецидивних форм пролапсу виконувалися операції з використанням проленових протезів. Крім того, за наявності стресового нетримання сечі при напрузі одномоментно проводилася його корекція трансобтураторною операцією з використанням меш-слінга.

Тим часом для хірургічного ж лікування тотального пролапсу жіночих геніталій, особливо у пацієнток молодого віку і що активно живуть статевим життям, були потрібні ефективніші методики операцій.

Добрі результати дало комбіноване використання малоінвазивних доступів (вагінального і лапароскопічного).

Вагінальним шляхом виконується ГЕ, а лапароскопічним – вагінопексія. Комбінований доступ (вагінальний + лапароскопічний).

При повному випаданні матки і піхви нами виконано хірургічне лікування з використанням комбінації вагінального і лапароскопічного доступів. Спочатку виконується вагінальна ГЕ стандартним способом з використанням звичайного шовного матеріалу. Наступним етапом для корекції пролапсу задньої стінки піхви ми використовували лапароскопічний доступ. Виконувалися дві методики: лапароскопічна сакровагінопексія; лапароскопічна апоневротична вагінопексія.

Всього ми зробили 41 операцію, серед яких виконано 29 лапароскопічних апоневротичних вагінопексій і 12 лапароскопічних сакровагінопексій. Всі ці операції були виконані поєднано з вагінальною ГЕ. За наявності пролапсу передньої стінки в 12 випадках виконувалася мешпластика (3 випадки) передньої стінки піхви і передня вагінальна екстраперитонеальна реконструкція тазового дна (9 операцій). У 8 пацієнток зі стресовим нетриманням сечі хірургічне лікування доповнювалося антистресовою операцією.

Всі операції виконувалися під ендотрахеальним наркозом. Тривалість операції залежала від кількості методик (етапів), що виконуються у кожному конкретному випадку. Середній вік хворих склав 47,4±3,2 року.

Інтраопераційних ускладнень не було. У одному спостереженні після лапароскопічної апоневротичної вагінопексії через 2 місяці після операції був діагностований рецидив – повне випадання піхви. Даній пацієнтці була виконана повторна операція – тотальна вагінальна екстраперитонеальна реконструкція тазового дна з хорошим результатом. Решта пацієнток відзначали, що цілі, поставлені перед операцією, були досягнуті. У всіх спостереженнях пацієнтки відзначали поліпшення якості життя.

Проводячи порівняльний аналіз виконаних лапароскопічних апоневротических вагінопексій і лапароскопічних сакровагінопексій, ми не відзначали істотних відмінностей в результатах операцій по суб'єктивних оцінках прооперованих пацієнток. З точки ж зору техніки виконання операції варіант лапароскопічної апоневротичної вагінопексії простіший для виконання, ніж лапароскопічна сакровагінопексія, особливо при виконанні даних операцій у хворих з вираженим ожирінням II-III ст.

Дані операції показані молодшим пацієнткам, що активно живуть статевим життям. Показово, що в жодному випадку після даних операцій скарг на проблеми зі статевим життям пред'явлено не було.

Отже, при всіх втручаннях здійснений адекватний індивідуальний підхід як з точки зору кількості етапів операції, так і з технічної точки зору.

Нами використана удосконалена техніка виконання операції екстраперитонеальної кольпопексії. Для правильної установки протеза під контролем вказівного пальця через шкіру за допомогою спеціальних провідників перфорується мембрана замикального отвору в двох максимально віддалених один від одного місцях з проведенням стилетів латеральніше сухожильної дуги парієнтальної фасції малого таза. За допомогою провідників сітчастий протез встановлюється між стінкою сечового міхура і фасцією. Рана слизової оболонки піхви ушивається наглухо. При цьому недопустимо ні посічення «надлишків» слизовою оболонкою, ані найменше її натягнення.

Наступним етапом розкривається задня вагінальна стінка з належною ректально-вагінальною перегородкою, виконується широка мобілізація передньої стінки прямої кишки, оголюється ішіоректальний клітчастий простір, ідентифікуються сідничні ості і сакроспінальні зв'язки.

Через шкіру промежини латеральніше і назад на 3-4 см від анусу стилетами виконується перфорація сакроспінальних зв'язок на 2 см медіальніше місця прикріплення до сідничної кістки. За допомогою провідників «меш-протез» встановлюється без натягнення, розміщуючись безпосередньо під стінкою піхви.

Даний тип втручання виконаний у 38 жінок. Нами було виконано 7 (18,4%) передніх кольпоррафій з використанням меш софтвер, 14 (36%) передніх екстраперитонеальних кольпопексій, 8 (21,1%) задніх і 9 (23,7%) тотальних екстраперитонеальних кольпопексій.

У 19 з цих пацієнток (50%), що бажають зберегти матку і не що мають органічної патології, об'єм операції обмежився лише установкою протеза, а в решти виконано вагінальну ГЕ поєднано з імплантацією сітки.

У 2 випадках (5,3%) спостерігалися ускладнення у вигляді ерозій слизової оболонки піхви з пролабіюванням проленової сітки. Даний фрагмент сікся, призначався курс овестину (у формі вагінальних свічок), дефект слизової оболонки благополучно епітелізувався через 2-3 тижні. З набуттям досвіду щодо використання даної методики і її вдосконаленню, зокрема зменшення довжини розрізу слизової оболонки піхви, відмова від посічення надлишків слизової оболонки, ушивання рани без натягнення – даних ускладнень не спостерігалося.

Вивчені віддалені результати в терміни від двох місяців до двох років. Більшість прооперованих жінок були задоволені результатами операцій. Всіма було відмічено поліпшення якості життя, пов'язаної зі здоров'ям. Лише у однієї пацієнтки зберігався дискомфорт, обумовлений, за її словами, наявністю протеза. При цьому об'єктивних видимих патологічних змін виявлено не було.

Удосконалена методика для лікування стресового нетримання сечі у жінок відрізняється від загальноприйнятої [17] місцями проведення сітчастого протеза. Після катетеризації сечового міхура виконується лінійний розріз слизової оболонки сечового міхура на 1 см нижче за зовнішній отвір сечовипускального каналу довжиною 1 см. Важливо, аби була розкрита і належна фасція. Потім робляться тунелі до обтураторного отвору з обох боків, через яких і проводяться зігнутої форми провідники із сітчастим протезом.

Відрізняється від попереднього він лише тим, що провідник поводиться не з боку піхви через обтураторний отвір на внутрішню поверхню стегна, а з внутрішньої поверхні стегна з розрізу 1 см, на 2 см вище за зовнішній отвір сечовипускального каналу і 2 см назовні від внутрішнього стегнового згину. Провідник перфорує замикальний отвір під контролем пальця і виходить назовні з розрізу слизової оболонки піхви.

Нами виконано 45 таких операцій. Інтраопераційних ускладнень не зареєстровано. У 43 (95,6%) пацієнток сечовипускання стало нормальним відразу після операції. У післяопераційному періоді двоє хворих відзначили повну нормалізацію функції сечовипускання лише через 1,5 місяця після операції. Вочевидь, це було пов'язано з надмірним натягненням сітчастого протеза.

Ми вважали за доцільне провести оцінку якості життя жінок після різних гінекологічних операцій, що широко дискутується у сучасній літературі [32, 159, 177]. Спостережуване в світі збільшення загальної тривалості життя жінки ставить перед охороною здоров'я завдання продовжити період діяльності, суспільно корисному життю, тобто поліпшити якість життя. З медичної точки зору якість життя є вельми переконливим доказом результативності оперативного втручання, його доцільності.

Оцінка якості життя осіб, що перенесли хірургічне лікування, представляє особливу складність через багатофакторний вплив на даний показник. Аби звернути спеціальну увагу на наслідки (як позитивні, так і негативні) хірургічного втручання в тимчасовому аспекті, ми визнали методично за кращий порівнювати суб'єктивні дані до і після операції.

Зовсім не претендуючи на доскональну розробку даних про якість життя, ми проаналізували вибірково лише деякі інтеграційні симптоми: біль, стомлюваність, депресія.

Так, необхідність «щадити себе» зареєстрована в кожної третьої жінки, що перенесла ГЕ, в кожної восьмої після міомектомії і в кожної другої після ліквідації пролапсу (що, втім, зрозуміло). У всіх трьох перерахованих підгрупах традиційний варіант хірургічного лікування супроводжується удвічі гіршими показниками (критерій χ^2 дорівнює 0,75; 0,9; 2,5 відповідно). Аналогічна закономірність прослідила відносно болю, що «заважає» переносити післяопераційний період (критерій χ^2 дорівнює 0,35; 0,14; 0,23 відповідно).

Отже, за підсумками опиту можна стверджувати, що досить висока частка пацієнток, у яких після оперативного лікування зберігся низький рівень якості життя. Зокрема, від 17,3 до 27,0% хворих відзначають стійку депресію. Відомо, що скарги на болі, що збереглися, і депресію зазвичай поєднуються (коефіцієнт кореляції r=+0,45). Необхідною є потреба в призначенні антидепресантів і в психологічному супроводі.

Вельми показова скарга на порушення сечовипускання, що веде до лікування, особливо при пролапсі. Після операції порушення сечовипускання зберігалося у 14,8% жінок, що оперуються з використанням сітчастих імплантатів, і в 53,3% після традиційної кольпоррафії (критерій χ^2=3,22, тобто наближається до достовірного). То ж відноситься до «відчуття дискомфорту» в області промежини, яке збереглося в 11,4% після операцій з використанням сучасних методик і в 40% після традиційних втручань. Не дивлячись на те, що відмінність статистично не підтверджується (критерій χ^2=2,3), чотирикратне підвищення цього параметра після класичної ГЕ з кольпоррафією не може розцінюватися як випадковість.

Стосовно занять силовими видами спорту і піднімання тягарів в повсякденному житті значні обмеження виникали у 13% жінок інноваційної підгрупи і у 77,3% пацієнток традиційної підгрупи (критерій x^2=8,2, тобто висока достовірність). Певні обмеження, що виникли в процесі статевого життя, виражаються меншими цифрами (x^2=3,7; вірогідність 94%).

На підставі опитування, виконаного через рік після операції, не можна робити остаточні висновки через суб'єктивність даних характеристик. Відновлення гомеостатичних реакцій і досягнення задовільної реабілітації відбувається не рівномірно і не прямолінійно. Проте, створилося виразне враження про вищу якість життя у жінок, що перенесли втручання з використанням інноваційних методів. В історичному плані виявляються наростаючі складнощі при наданні хірургічної допомоги

жінкам з гінекологічною патологією. Постійне вдосконалення методики і техніки втручань більше не супроводжується (як це було раніше) різким поліпшенням якості життя.

Отже, результати проведених досліджень свідчать, що запропонований нами диферецiйований підхід до використання різних доступів оперативних втручань із залученням сучасних ендоскопічних методик дозволяє підвищити якість хірургічного лікування доброякісних новоутворень матки та яєчників. Отримані результати дозволяють нам рекомендувати удосконалений алгоритм для широкого використання в практичній охороні здоров'я.

ІІ етап досліджень

Для вирішення мети та завдань ІІ етапу проведений ретро- і проспективний аналіз історій хвороби 210 пацієнток, що оперуються з приводу гострих гнійних запальних захворювань придатків матки (ГГЗДМ) із застосуванням органозберігаючих методик лікування, з яких 180 оперовані лапароскопічним доступом і склали 2 основну групу в нашому дослідженні, в 30 спостережуваних, що увійшли до 2 групи порівняння, застосовувався лапаротомічний доступ. Вік хворих варіював від 15 до 44 років, середній вік складав – 33,3±3,5 року.

Згідно даним анамнезу встановлено, що кожна третя пацієнтка 2 основної групи і 2/3 пацієнтки 2 групи порівняння мали в анамнезі захворювання, що передаються статевим шляхом, що також вказано у сучасній літературі [24, 181]. При цьому, найчастіше серед цих інфекцій зустрічалися хламідіоз (14,7%) та гонорея (8,1%).

У більшості обстежених були вказівки на перенесені раніше або супутні екстрагенітальні захворювання, у структурі яких провідне місце займали хронічні запальні захворювання шлунково-кишкового тракту (11,9%) і нирок (5,9%). Структура супутньої гінекологічної захворюваності у жінок із ГГЗДМ є предметом чисельних досліджень [75, 182]. Так,

за нашими даними частіше зустрічались порушення менструальної функції (25,7%) та патологія ШМ (15,2%).

Як лапаротомічним, так і лапароскопічним доступом з приводу різної гінекологічної, акушерської і хірургічної патології раніше оперовані 82 (39,0%) з 210 хворих.

Отже, представлені дані свідчать про те, що порівнювані групи істотно не відрізняються один від одного ні за віком, ні по характеру перенесених захворювань.

Аналізуючи характер перебігу ГГЗДМ було встановлено, що кожна друга пацієнтка страждала хронічним запальним процесом придатків матки. Тривалість хронічного процесу склала в 41 (19,5%) – до 2 років, у 57 (27,1%) – від 2 до 4 років, у 20 (9,5%) – від 5 до 8 років. Перебіг хронічного запального процесу придатків матки із загостреннями один раз на рік відмічено у 73 (61,9%) пацієнток, двічі на рік в 31 (26,3%), три і більше разів на рік у 14 (11,9%). Пацієнткам неодноразово проводилося лікування з приводу ГГЗДМ в амбулаторних і стаціонарних умовах. Нами було виявлено, що 12 (10,2%) хворих перенесли раніше оперативне втручання з приводу гострого запального процесу придатків матки лапароскопічним доступом. Однобічна тубектомія у зв'язку з піосальпінксом виконана у 4 пацієнток, у 3 виконаний розтин двосторонніх піосальпінксів і в 5 – сальпінгооваріолізіс при гострому гнійному сальпінгіті. Запальним процесом в придатках матки більше 5 років страждали 83 (70,3%).

На підставі даних анамнезу, загального і гінекологічного статусу, а також результатів придаткових методів досліджень в приймальному відділенні були виставлені наступні діагнози: гострий сальпінгоофорит – у 123 (58,6%), гострий ендоміометрит – у 2 (1,0%), позаматкова вагітність – у 28 (13,3%), цистаденома яєчника з перекрутом ніжки – у 17 (8,1%), апоплексія яєчника – у 6 (2,9%), дисфункціональна маткова кровотеча – у 3 (1,5%), гострий апендицит – у 29 (13,8%), гострий холецистит –

у 2 (1,0%). У результаті в 180 хворих 2 основної групи і у 30 пацієнток 2 групи порівняння була виконана екстрена ЛС і нижньо-серединна ЛТ відповідно за наступними показаннями – підозра на внутрішньочеревну кровотечу (позаматкова вагітність і апоплексія яєчника) – у 34 (16,2%); підозра на перекрут ніжки цистаденоми яєчника – у 17 (8,1%), на розрив піосальпінксу – у 55 (26,2%); необхідність виключення гострої хірургічної патології – у 29 (13,8%). У 75 хворих 2 основної групи (35,7%) почата комплексна інфузійна, антибактеріальна, протизапальна, дезінтоксикаційна терапія. Після огляду лікарем в приймальному відділенні у 68 (32,4%) пацієнток виставлений діагноз гострий сальпінгоофорит, у 2 (1,0%) – гострий ендоміометрит, у 3 (1,5%) – дисфункціональна маткова кровотеча, у 2 (1,0%) – гострий холецистит. Не дивлячись на терапію, що проводиться, через відсутність ефекту від консервативного лікування протягом 24-48 годин і погіршенням клінічної картини захворювання, вирішено виконати оперативне втручання лапароскопічним доступом.

Як було описано вище, у всіх 210 пацієнток було виконано оперативне втручання з приводу ГГЗДМ. У 105 (58,3%) хворих під час вступу до стаціонару відразу була виконана екстрена ЛС за наступними показаннями – підозра на внутрішньочеревну кровотечу (позаматкова вагітність, що урвалася, і апоплексія яєчника) – у 34 (16,2%); підозра на перекрут ніжки цистаденоми яєчника – в 15 (8,3%), на розрив піосальпінксу – у 28 (15,6%); необхідність виключення гострої хірургічної патології – у 29 (16,1%). 30 хворим після постановки попереднього діагнозу було виконано оперативне лікування лапаротомічним доступом (нижньо-серединна ЛТ) через підозру на розрив піосальпінксу в 27 (12,9%), у 2 (2,8%) – на перекрут ніжки цистаденоми яєчника, у 1 (1,4%) – на позаматкову вагітність.

Так, у 105 (58,3%) пацієнток ЛС виконана відразу, у 75 (41,7%) відстрочено. Слід зазначити, що у 174 (96,7%) пацієнток 2 основної групи

і в 26 (86,7%) з 2 групи порівняння інтраопераційно виявлені ускладнені форми ГГЗДМ: однобічний (26,1%) і двобічний піосальпінкси (38,3%), тубооваріальні абсцеси (12,8%), абсцеси малого таза (16,2%), однобічні піовари (4,4%) та інші форми (2,2%). Об'єм оперативного втручання при ГГЗДМ визначали індивідуально, зважаючи на наступні моменти: вік жінки, наявність дітей, бажання пацієнтки зберегти дітородну функцію, ступінь ураження органів малого таза під впливом запального процесу [24, 188]. Середній час від моменту госпіталізації до початку оперативного втручання склав 76,2±7,5 хв.

Об'єм операції при гнійному сальпінгоофориті з наявністю спайкового процесу в малому тазі полягав в проведенні аспірації патологічного випоту, сальпінгооваріолізис і санації малого таза. Середній час перебігу лапароскопічних операцій склав 44,8±4,6 хвилин. Тривалість оперативного лікування залежала від ступеня вираженості спайкового процесу і пов'язаної з цим складності виконання адгезіолізису. Від успішності виконання адгезіолізису залежала можливість виконання органозберігаючого об'єму лікування і можливість закінчити операцію в умовах лапароскопічного доступу. У разі виявлення вираженого спайкового процесу час операції збільшувався і, у середньому, складав 50,2±4,6 хв. Тривалість проведення оперативного втручання в 2 групі порівняння склала 70,6±8,5 хв.

За результатами отриманих даних слід зазначити, що у 94 (52,2%) пацієнток 2 основної групи і тільки в 3 (10,0%) хворих з 2 групи порівняння удалося виконати максимально щадний об'єм втручання: сальпінгооваріолізис, розтин маткових труб з одного і двох боків, санацію малого таза.

Операції закінчувалися дренуванням малого таза у 53 (29,4%) пацієнток в 2 основній групі. У 2 групі порівняння всі операції закінчувалися дренуванням малого таза, у 18 (60,0%) хворих з використанням

кольпотомного дренажу. Протягом першої доби після операції дренаж в черевній порожнині знаходився в 53 з 71 (74,6%) пацієнток, до 2 діб у 6 (8,5%) пацієнток, до 3 діб в 4 (5,6%) хворих. Показанням для продовження дренування був значний об'єм відокремлюваного через дренаж із черевної порожнини. Максимальний термін дренування – 5 діб, у 3 (4,2%) пацієнток при цьому дренаж використовувався ще й для введення антибіотиків до черевної порожнини.

Уточненню етіології запального процесу сприяло проведення бактеріологічного дослідження ексудату [20], отриманого під час ЛС. У посівах (33) вмісту з черевної порожнини на флору виявлені наступні мікроорганізми: S. epidermidis у 21 спостереженні, S. Aureus в п'яти, E. Coli у 4 пацієнток, Microccocus luteus (2) і Aeromonas sobria (1). У 157 (87,2%) спостереженнях в 2 основній групі і в 20 (66,7%) хворих в 2 групі порівняння зростання мікроорганізмів в середовищі не отримано. Після здобуття результатів проводилася корекція антибактеріальної терапії з урахуванням ступеня чутливості.

З метою проведення візуального контролю за перебігом післяопераційного періоду в черевній порожнині і корекції лікування у 93 пацієнток (51,6%) 2 основної групи були проведені санаційно-динамічні ЛС. Показаннями для виконання динамічних ЛС служили: недостатній ефект від лікування – збереження больового синдрому, підвищеного рівня лейкоцитів, підвищення температури тіла у 34 (36,5%) пацієнток. Для контролю за динамікою запального процесу, а також з метою підвищення ефективності лікування і збереження репродуктивної функції в 42 (45,1%) хворих виконані санаційно-динамічні ЛС. У 17 (18,3%) спостереженнях динамічні операції виконувалися через погіршення клінічної симптоматики на тлі терапії, що проводилася: посилення больового синдрому, перитонеальної симптоматики, підвищення температури тіла. З них 6 пацієнток з гострим сальпінгітом, ускладненим пельвіоперитонітом, 4 хворі

з тубооваріальним абсцесом і 7 – із загостренням хронічного сальпінгоофориту з утворенням піосальпінксів з 2 боків. У 68 (73,1%) спостереженнях була виконана одна динамічна ЛС, яка здійснювалася на першу або другу добу після операції у 44 (64,7%) пацієнток, в 23 (33,9%) спостереженнях – на третю і четверту добу, у однієї (1,5 %) хворої – на п'яту добу. У 25 (26,9%) пацієнток ступінь тяжкості запального процесу потребував проведення від двох (22,6 %) до чотирьох (4,3 %) динамічних ЛС.

Нами проведена оцінка структури об’єму операцій під час екстреної та динамічної ЛС. При проведенні досліджень було встановлено, що вже в першу добу після операції починався процес формування рихлих спайок, «фібринозних» склеювань. Фібринозні спайки були сформовані вже через 24 години після першої ЛС, і характер їх практично не змінився до 2-3 діб. Через це перша динамічна ЛС проводилася на 12 добу після ЛС. В той же час, при підозрінні на прогрес запального процесу або післяопераційне ускладнення динамічна ЛС виконувалася екстрено.

Отже, у 43 з 68 (63,2%) спостереженнях при проведенні першої динамічної ЛС мала місце явна позитивна динаміка в клінічному перебігу захворювання і в лапароскопічній картині, був відсутній спайковий процес. У останніх 25 (36,8%) спостереженнях динамічний лапароскопічний контроль був продовжений.

При другій динамічній ЛС в 19 з 68 (27,9%) були відсутні ознаки запального процесу, про що свідчила відсутність випоту в черевній порожнині, маткові труби були нормальних розмірів, серозний покрив їх блідо-рожевого кольору. Парієтальна очеревина малого таза не змінена. Спайковий процес під час другої ЛС був відсутній в 15 з 68 (22,1%). У 4 з 15 (26,7%) спостереженнях відмічений рецидив рихлих спайок, лізированих під час першої динамічної ЛС. У 6 пацієнток з 25 (24,0%) ознак запального процесу зберігалися, але виразність їх значно зменшилася. У 3 виявлена невелика кількість серозної рідини в порожнині малого таза.

Незначна гіперемія і набряклість маткових труб зберігалися у 2 пацієнток. Парієтальна очеревина малого таза у всіх спостереженнях була рожевою, блискучою. Прилеглі петлі кишечника не роздуті, з гладкою блискучою серозою. У всіх спостереженнях виявлений спайковий процес в області придатків матки. З них в 4 відмічений рецидив рихлих спайок, лізированих у момент першої динамічної ЛС: в 2 виявлені перитубарні спайки, в 1 – перитубарні і периоваріальні. У 4 пацієнток з ознаками запального процесу, що зберігаються, візуальний контроль за станом органів малого таза був продовжений.

До моменту третьої динамічної ЛС у 4 пацієнток (у 2 хворих з абсцесом малого таза і в 2 хворих з гострим сальпінгоофоритом з утворенням двобічних піосальпінксів), виконаних на 5-6 добу були відсутні ознаки запального процесу (випіт в порожнині малого таза, гіперемія і набряклість тканин, зміна парієтальної очеревини малого таза), був відсутній також свіжий адгезивний процес. У 2 хворих у момент третьої динамічної ЛС на 7 добу зберігалася набряклість маткових труб. Крім того, відмічений рецидив рихлих спайок, лізированих при другому контрольному огляді.

Четвертий контрольний огляд виконано у 2 пацієнток на восьму добу (з абсцесом малого таза). Ознаки запального процесу були відсутні.

Отже, динамічна ЛС дозволила візуально простежити за зворотним розвитком запального процесу при проведенні комплексної протизапальної терапії.

У більшості спостережень (78,4%) комплексна терапія із застосуванням лапароскопічної санації вже в першу добу усувала симптоми інтоксикації, сприяла купіруванню болю і ознак роздратування очеревини [75, 194].

Всі обстежені пацієнтки відзначали значне поліпшення самопочуття, нормалізувалася або знизилася до субфебрильної температура тіла, помітно зменшилася активність показників крові.

Проведення динамічних ЛС сприяло поліпшенню клінічного перебігу захворювання у всіх без виключення хворих. У всіх спостереженнях відбувалося поліпшення загального стану, нормалізувалася температура, зникав больовий синдром, нормалізувався вміст лейкоцитів в периферичній крові.

При виявленні вираженого спайкового процесу, окрім санації черевної порожнини, проводилося роз'єднання спайок.

Завдяки вживанню динамічної ЛС у 84 (46,7%) пацієнток, при явній клініці перитоніту, вираженій лихоманці, інтоксикації при гострому сальпінгоофориті (14), наявності однобічних (17) і двобічних (31) піосальпінксів, абсцесах малого таза (9), піоварі (2), а також тубооваріальних абсцесах (11) удалося виробити органозберігаючий об'єм оперативного втручання.

Проте, в 9 з 68 (13,2%) спостереженнях при виконанні динамічних ЛС довелося розширити об'єм операції.

Ми вважаємо, що в даний час лапароскопічна техніка дозволяє проводити органозберігаючи втручання при патологічних станах органів малого таза, що раніше були абсолютними показаннями для видалення органів (лапаротомічний розріз часто зобов'язав хірурга робити радикальніші втручання, навіть у пацієнток молодого віку). Слід вважати неприйнятним проведення ЛТ у пацієнток з гострим гнійним сальпінгоофоритом, оскільки лікування в даних ситуаціях можна виконати при проведенні ЛС.

ЛС дозволяє не лише уточнити форму прояву ГГЗДМ і характер збудника, але і активно втрутитися протягом патологічного процесу. Хірургічні ендоскопічні втручання здійснюються анатомічно і максимально дбайливо, без непотрібної травми суміжних органів.

Після проведення органозберігаючих операцій в ранньому післяопераційному періоді можливо і доцільне проведення динамічних ЛС, а

при зацікавленості в збереженні репродуктивної функції – second-look ЛС. Їх використання в програмі реабілітації покращує результати ендоскопічного лікування і репродуктивний прогноз.

Ми вважаємо, що показаннями до проведення оперативної ЛС у гінекологічних хворих є:

- наявність неясного діагнозу за наявності симптомів гострого живота, необхідність проведення диференціальної діагностики між хірургічною і гінекологічною патологією;

- відсутність позитивного ефекту від антибактеріальної терапії, що проводиться, протягом 24-48 годин у хворих з ГГЗДМ;

- уточнення діагнозу у хворих з ГГЗДМ;

- наявність ГГЗДМ у молодих жінок, що не народжують, для виконання органозберігаючих втручань, направлених на відновлення анатомічних співвідношень і поліпшення результату захворювання і репродуктивного прогнозу. Проаналізувавши отримані результати, ми з'ясували, що до інверсії на ЛТ необхідно було вдатися лише при першій ЛС через виражений спайковий процес. При динамічних ЛС переходу до лапаротомічному доступу не було. Не дивлячись на прогрес запального процесу в придатках матки, удалося обмежитися лапароскопічним доступом в лікуванні захворювання.

Отже, у пацієнток з ГГЗДМ оперативне лікування лапароскопічним доступом дозволяє вчасно поставити точний діагноз, виконати весь комплекс необхідних лікувальних маніпуляцій. З метою підвищення ефективності лікування і збереження репродуктивної функції доцільне проведення повторних динамічних ЛС.

Не дивлячись на наявність гнійного процесу в черевній порожнині, можливе проведення органозберігаючого лікування при високій ефективності його результатів, що особливо актуально для пацієнток репродуктивного віку.

Проте, існують ситуації, що вимагають виконання оперативного лікування лапаротомічним доступом. У нашому дослідженні в результаті вираженого спайкового процесу в черевній порожнині в 2 спостереженнях у хворих 2 основної групи зафіксований перехід до ЛТ.

Віддалені наслідки органозберігаючих операцій з приводу ГГЗДМ є предметом чисельних наукових досліджень [33, 211]. Описані раніше 210 пацієнток були обстежені через 2-3 роки після оперативного лікування. Вивчений характер перебігу запального процесу в придатках матки через 2-4 роки після операції.

При аналізі менструальної функції після оперативного втручання нами отримані наступні дані. У переважної більшості пацієнток 2 основної групи (в 153 з 180 – 85%) характер менструацій не змінився і знаходився в межах норми. У 15,0% обстежених мали місце наступні зміни: скорочення тривалості менструацій; зникнення менструальних болів; порушення ритму менструацій та настання передчасної менопаузи.

Двофазний МЦ за даними ректальної температури і по наявності ехографічних ознак овуляції (домінантний фолікул, вільна рідина в малому таза, візуалізація жовтого тіла) виявлений у більшості обстежених (в 173 з 180 – 96,1%) 2 основної групи. У 3,9% пацієнток зареєстровано монофазний МЦ.

Наші дані дозволяють дійти висновку, що функція яєчників після перенесених органозберігаючих операцій практично не страждає. Причинно-наслідковому зв'язку між ускладненими формами запального процесу придатків матки і порушенням функції яєчників нами не виявлено, тобто певні зміни в менструальній функції не залежали від прояву запалення придатків матки. Проте слід зазначити, що після виконання оперативного втручання за допомогою ЛТ при ідентичному об'ємі операції нами відмічено більша кількість спостережень з різними змінами менструальної функції.

Після перенесених операцій з приводу запальних захворювань придатків матки у пацієнток 2 основної групи через 2,5-3 роки було встановлено, що 79 (43,8%) з них оберігаються від вагітності, використовуючи презерватив, 10 – перерваний статевий акт, 3 – комбіновані оральні контрацептиви, 2 – не живуть статевим життям, 4 – знаходяться в постменопаузі. 82 (45,6%) спостережувані зацікавлені в настанні вагітності.

Після проведення оперативного втручання з приводу запального процесу спонтанна вагітність настала у 28 (37,3%) пацієнток з 2 основної групи протягом 2-3 років. Мимовільними пологами без ускладнень закінчилися 15 вагітностей, що самостійно настали. Об'єм оперативної ЛС у них був представлений розтином і спорожненням піосальпінксів з двох боків (4 спостереження), сальпінгостомією, однобічним гідросальпінксом (3 спостереження) і сальпінгооваріолізисом, санацією малого таза (8 спостережень). У підгрупі з лапаротомічним доступом мимовільна вагітність настала в 7 спостережуваних з 18 (38,9%), у 4 з яких закінчилася терміновими пологами. Безпліддя виявлене у 47 з 82 (57,3%) пацієнток 2 основної групи. Відсутність вагітності в описаних спостереженнях можна пояснити віковими змінами і анатомічними взаєминами органів, що залишилися.

У 15 з 47 (31,9%) пацієнток безпліддя (4 – з первинним, 11 – з вторинним) пов'язане з відсутністю маткових труб з обох боків. 2 хворі 2 основної групи для настання вагітності через 1,5 років після операції прибігли до використання технологій ЕКЗ. У однієї пацієнтки вагітність, що настала, припинила свій розвиток в терміні 4-5 тижнів, в іншої спроба ЕКЗ була безуспішною.

У 30 хворих 2 основної групи відмічено відсутність настання вагітності протягом 3-8 років регулярного статевого життя без контрацепції. Отже, після органозберігаючих операцій, здійснених лапароско-

пічним доступом, вагітність настала в 37,3% хворих, але доносили вагітність лише 15 (20,0%) з 75.

При лапаротомічному доступі і органозберігаючих операціях на підставі вищевикладених даних слід зробити висновок, що більш виражені порушення репродуктивної функції виявлені в підгрупі з ускладненими запальними захворюваннями придатків матки, особливо при виражених деструктивних змінах в них. У пацієнток 2 основної групи безпліддя діагностовано в 18 (75,0%) після оперативного лікування піосальпінксів, у 15 (71,4%) після операції з приводу гідросальпінксу, у 10 (83,3%) після лікування абсцесу малого таза і в двох хворих з тубооваріальним абсцесом, тоді як пацієнтки, що оперуються з приводу гнійного сальпінгіту, змогли реалізувати дітородну функцію в 87,5%. У 2 групі порівняння реалізація дітородної функції не набагато гірше. Вагітність настала в 7 (23,3%) з 30, доносили вагітність лише 4 (13,3%) з 30 спостережуваних. Безпліддя в спостережуваних в даній групі зустрічалося в 3 (25,0%) хворих після лікування гострого гнійного сальпінгоофориту, у 8 (72,7%) після операції з приводу двобічних піосальпінксів, а також в половини пацієнток після лікування тубооваріального абсцесу. Це пов'язано як з об'ємом оперативного втручання, так і з формуванням спайкового процесу в результаті гнійного запалення в малому таза і виконанням операції лапаротомічним доступом. Не дивлячись на невисоку частоту пологів у пацієнток, що оперуються з приводу ГГЗДМ, все-таки подібна вірогідність має місце.

Аналізуючи характер перебігу запального процесу в придатках матки після оперативного втручання, нами було зафіксовано наявність рецидивів в 21 з 180 (11,7%) спостережуваних в 2 основній групі.

Проаналізувавши віддалені результати в групі з лапаротомічним доступом ми встановили наявність рецидивів запального процесу в половини спостережуваних, у 14 (46,7%) з 30. 4 пацієнтки з 2 групи порів-

няння через 1,5-2,5 роки були оперовані лапароскопічним доступом з приводу чергового загострення запального процесу в об'ємі розтину і спорожнення однобічного піосальпінксу. У анамнезі їм виконувалися аналогічні операції. В однієї спостережуваної після оперативного лікування однобічного піосальпінксу не удалося виконати оперативне лікування за допомогою ЛС, нижньо-серединним доступом була виконана однобічна аднексектомія з приводу тубооваріального абсцесу.

Отже, рецидиви запального процесу придатків матки у пацієнток 2 основної групи виникали лише після органозберігаючих операцій з приводу важких форм захворювання – двобічних піосальпінксів і тубооваріального абсцесу через 6 місяців – 4 роки після оперативної ЛС. В інших спостережуваних з неускладненими формами ГГЗДМ на момент проведення дослідження рецидивів запального процесу зафіксовано не було. У 2 групі порівняння зафіксовано 14 (46,7%) рецидивів з 30. Вони виникали як після лікування гострого гнійного сальпінгоофориту, так і після однобічних піосальпінксів і тубооваріального абсцесу. Після операцій з приводу двобічних піосальпінксів рецидивів захворювання не зустрічалося. Ймовірно це пов'язано з тим, що обидві маткові труби було видалено і запальний процес був повністю ліквідований.

Отже, наші дані дозволяють підтвердити доцільність виконання органозберігаючих лапароскопічних операцій з приводу різних форм ГГЗДМ, що сприяє збереженню менструальної функції і повноцінного функціонування яєчників практично у всіх пацієнток. Реалізація ж репродуктивної функції безпосередньо залежить від тяжкості захворювання і ступеня деструктивних змін в придатках матки. Так, настання вагітності у пацієнток 2 основної групи відмічено в 87,5% після лікування сальпінгоофоритів, у 23,7% – піосальпінксів і абсцесів малого таза. У 2 групі порівняння реалізація дітородної функції дещо нижче, у 75,0% хворих після лікування сальпінгоофоритів і 18,2% – піосальпінксів.

У половини пацієнток, що завагітніли після лікування тубооваріального абсцесу, вагітності, що настали, завершилися мимовільним викиднем.

Рецидиви запального процесу виникали лише у пацієнток з ускладненими формами ГГЗДМ (11,7 %) з 2 основної групи. У 2 групі порівняння майже в половини спостережуваних зареєстровані рецидиви запального процесу (46,7%), причому як у хворих з ускладненими, так і з неускладненими формами захворювання. Можливо вони обумовлені або реінфекцією, що передаються статевим шляхом, або відсутністю повної елімінації збудника в процесі проведення антибактеріальної терапії.

Якість життя – це сукупність об'єктивних і суб'єктивних характеристик, що відображають відчуття життєвого комфорту, фізичного і сексуального благополуччя, психологічні особливості особи, побутової і трудової активності [110]. «Заходами» якості життя вважають психологічні, соціальні та функціональні аспекти життя, пов'язані із захворюванням. У медичних дослідженнях якості життя виділяють 3 найбільш важливих компонента: оцінку функціональних можливостей пацієнтки, оцінку суб'єктивного сприйняття свого здоров'я, а також оцінку симптомів захворювання. У нашому дослідженні використовувалася методика [49], що охоплює п'ять основних категорій якості життя: фізичний стан, психічний стан, соціальне функціонування, рольове функціонування, загальне суб'єктивне сприйняття свого здоров'я.

Оцінка параметрів якості життя розділена на два етапи. Перший етап «до лікування» має на увазі відчуття пацієнток від початку захворювання до проведення оперативного втручання. Другий етап «після лікування» – період після операції, включає декілька підгруп залежно від часу з моменту оперативного втручання (через 6 місяців, 1, 2, 3, 4, 5 і більше років). Оцінка кожного параметра проводилася по 5-ти бальній системі по мірі його інтенсивності: 1 – незначне інколи; 2 – незначне завжди; 3 – у середній мірі; 4 – підвищене; 5 – сильне.

Отже, оцінка якості життя проводилася до операції, а також через 6 місяців, 1-2-3-4 і більше років після оперативного втручання.

Фізична активність пацієнток оцінювалася по наступних параметрах: ступінь втоми, млявості, сонливості; недолік енергії; стан життєвого тонусу і фізичної сили, витривалості; здатність виконувати значні фізичні навантаження; час перебування на постільному режимі.

Параметри фізичної активності у пацієнток 2 основної групи були понижені у більшості – у 87 (92,6%) з 94. Відчуття млявості і сонливості спостерігалося в 86 (91,5%) і коливались від 1 до 3 балів в 80 (85,1%). З них 82,9% хворих з неускладненими формами і 17,1 % з ускладненими формами ГГЗДМ. 6 (6,4%) хворих відзначали зниження фізичної активності на 4-5 балів, 4 з них раніше оперовані з приводу ускладнених форм ГГЗДМ (3 – з приводу абсцесу малого таза, 1 – з приводу тубооваріального абсцесу і 2 хворі з однобічним гідросальпінксом). Відчуття недоліку енергії і зниження життєвого тонусу спостерігалося у 34 (36,2%) пацієнток, з них у 28 (29,8%) від 1 до 3 балів, у 6 (6,4) на 4-5 балів, з них 4 спостережувані з тубооваріальними абсцесами і 2 пацієнтки з двобічними піосальпінксами. Зниження фізичної сили відзначали 65 спостережуваних (69,1%). 63 (67,0%) поставили 1-3 бали, 2 (2,1%) спостережувані з абсцесом малого таза – 4-5 балів. Зниження витривалості і нездатність виконувати значні фізичні навантаження виявили в 58 (61,7%) хворих на рівні від 1 до 3 балів. З них 34 (36,1%) пацієнтки перенесли оперативне лікування з приводу двобічних піосальпінксів, однобічного піосальпінксу (10), абсцесів малого таза (5), тубооваріальних абсцесів (4), гнійного сальпінгоофориту (4).

У 2 основній групі 48 (51,0%) обстежених вказували на проведення більшої частини доби на постільному режимі, з них більше 50% пацієнток з ускладненими формами ГГЗДМ. У 2 групі порівняння цей показник відповідав 93,3% (28).

При динамічному спостереженні через 6 місяців після оперативного лікування виявлено значне поліпшення всіх параметрів фізичної активності у 161 (89,4%) пацієнтки. У 16 (8,9%) спостережуваних було виявлено зниження всіх параметрів фізичної активності через 6 місяців на рівні 1-2 балів, протягом 1,0-1,5 років всі показники повністю нормалізувалися. 3 (3,1%) пацієнтки через 3-4 роки вказували на незначне зниження фізичної сили, відчуття млявості, сонливості. Ці спостережувані оперовані з приводу абсцесу малого таза (1), тубооваріального абсцесу (2).

Отже, рівень порушень фізичної активності протягом 1,0-1,5 років після проведення оперативного лікування приходив в норму практично у всіх спостережуваних.

У 2 групі порівняння у всіх спостережуваних показники фізичної активності були понижені, як до, так і через 3 місяці після хірургічного лікування. Відчуття млявості і сонливості було присутнє у всіх пацієнток на рівні 3-4 балів. Недолік енергії і зниження життєвого тонусу відзначали 100% хворих від 2 до 4 балів. Зниження фізичної сили і витривалості спостерігалося у всіх оперованих лапаротомічним доступом від 1 до 3 балів.

Проте через півроку досліджувані показники дещо покращали. Лише половина спостережуваних вказувала на зниження життєвого тонусу і фізичної сили від 1 до 3 балів протягом 1,5 років. Через 2 роки незначні відхилення відзначала одна пацієнтка, що оперується з приводу двобічних піосальпінксів.

Оцінка психічного стану пацієнток проводилася по наступних параметрах: відчуття пригніченості, поява депресивного стану; відчуття тривожності або нервозності; відчуття незадоволення особистим життям; бажання придбати вбрання, змінити зачіску; наявність або відсутність інтересу до майбутніх подій дня; неуважність, неможливість сконцент-

рувати увагу; відчуття емоційної нестабільності. Психічний стан є характерною індивідуальною реакцією пацієнтки на будь-який стресовий стан. Напередодні операції характер психічного стану відповідав у відповідь реакції організму на стресову ситуацію, якою була операція.

Усі пацієнтки обох груп без виключення вказували на відповідність всіх параметрів до лікування 2-3 балам. Через 6 місяців у пацієнток 2 основної групи вказані симптоми зберігалися лише в 24 (25,5 %) спостережуваних і повністю зникли через один рік у 19 (20,2%) пацієнток. 5 (5,3%) хворих впродовж 2,0-2,5 років вказували на зміни психічного стану, відповідні 2-3 балам. З них одна спостережувана оперовано з приводу абсцесу малого таза, 3 – з приводу двобічних піосальпінксів, 1 – з приводу двобічного гнійного сальпінгоофориту. Через 3 роки ці хворі відзначили повне відновлення психічного статусу. У 4 із 5 спостережуваних виявлено безпліддя, у 2 відсутні маткові труби з обох боків. В однієї обстеженої виявлені зміни були присутні задовго до операції.

У 2 групі порівняння через півроку вказані порушення присутні в 12 (40,0%) спостережуваних і відповідали 2-3 балам. Повне відновлення параметрів психічного статусу сталося через 3,5-4,0 роки після оперативного лікування. Всі пацієнтки оперовані з приводу ускладнених форм ГГЗДМ.

Отже, можна дійти висновку про залежність швидкості відновлення психічних параметрів не лише від загального стану хворого до операції, але і від об'єму хірургічного втручання.

Соціальне і рольове функціонування включає оцінку міжособових контактів і соціальних зв'язків. У цій категорії розглядаються: зміни у взаєминах з родичами, з друзями, чоловіком, з дітьми; нетерпимість по відношенню до інших людей; бажання побути наодинці; проблеми в трудовій діяльності; обмеження робочого дня; зміни в захопленнях, улюблених заняття. Виявлені показники в обстежених обох груп до і після проведеного лікування знаходилися в межах нормальних значень.

В оцінці сексуальної функції застосовувалися наступні критерії: зміни в сексуальному бажанні, потягу; відчуття дискомфорту під час статевого акту; ухилення від статевих стосунків; відчуття сексуального незадоволення; відчуття сексуальної непривабливості [77]. Параметри сексуальної функції до лікування були порушені в 89 (94,7%) спостережуваних 2 основної групи, в 22 (73,3%) хворих 2 групи порівняння і відповідали 3-4 балам. При цьому, істотної різниці між пацієнтками з ускладненими і неускладненими формами ГГЗДМ не спостерігалося. Проведене лікування сприяло поліпшенню сексуальної функції, оскільки був ліквідований основний симптом захворювання – біль при статевому акті. Вказані порушення зменшувалися поступово і через 6 місяців після перенесеного оперативного втручання у 174 (96,7%) пацієнток 2 основної групи і 14 (46,7%) з 2 групи порівняння вказували на повне відновлення досліджуваних параметрів. Через 2-3 роки у 2 пацієнток 2 основної групи сексуальна функція відновилася. Одна з них перенесла оперативне лікування з приводу тубооваріального абсцесу, друга з приводу двобічного піосальпінксу. Третя пацієнтка 2 основної групи, оперована з приводу однобічного піовару, впродовж 4-5 років відзначає відчуття сексуального незадоволення і непривабливості, ухилення від статевих стосунків. З особистої бесіди можна дійти висновку, що виявлені порушення пов'язані з психологічною обстановкою в сім'ї. Відчуття дискомфорту під час статевого акту і внаслідок цього ухилення від статевих стосунків, почуття сексуального незадоволення переживали 3 (3,2%) спостережувані 2 основної групи протягом 2,5 років після операції. У результаті була виставлена оцінка стану свого здоров'я до і після проведеного лікування. Суб'єктивна оцінка здоров'я здійснювалася на підставі самооцінки сну, зміні фізіологічних відправлень, наявність або відсутність болів внизу живота. Проблеми зі сном випробовували 2 (2,1%) обстежені 2 основної групи і 3 (10,0%) з 2 групи порівняння до і після лікування, проте через 1 рік сон почав покращуватися і його порушення оцінювалося на 1 бал.

До моменту операції всі пацієнтки без винятку відзначили поганий стан здоров'я. Проведене оперативне лікування надало виражену позитивну дію. Через 6 місяців 165 (91,6%) пацієнток 2 основної групи оцінили поліпшення стану здоров'я на «хорошому» рівні. Через 1-2 роки – лише 3 (3,2%) пацієнтки відзначали стан свого здоров'я, як «задовільний». Вони перенесли хірургічне лікування з приводу абсцесу малого таза (1) і двобічних піосальпінксів (2). 2 спостережувані пред'являють скарги на періодичні болі в нижніх відділах живота, а також пов'язують з відсутністю настання вагітності. Оперативне втручання у них було з приводу тубооваріальних абсцесів. У 2 групі порівняння через 6 місяців після операції лише 20 (66,7%) спостережуваних вказували на поліпшення стану здоров'я. Через два роки 2 (6,7%) пацієнтки вказували на задовільний стан здоров'я, перш за все через неможливість настання мимовільної вагітності унаслідок видалення обох маткових труб через піосальпінкси.

Тобто, можна зробити висновок про те, що якість життя в цілому залежить від ступеня тяжкості запального процесу в придатках матки і від виду хірургічного доступу. Відновлення показників до нормальних значень після виконання операцій лапароскопічним доступом відбувається в терміні від 1,5 до 3 років, при цьому у пацієнток з неускладненими формами ГГЗДМ значно швидше – від 6 місяців до 2 років. У пацієнток, що оперуються лапаротомічним доступом, швидкість відновлення досліджуваних параметрів нижче і складає від 2 до 4 років. На загальні показники якості життя впливає як форма захворювання, так і об'єм оперативного лікування. Чим більше об'єм операції, тим нижче показники якості життя і швидкість їх відновлення.

Отже, результати проведених досліджень свідчать, що удосконалений нами алгоритм дозволяє покращити результати органозберігаючих операцій при запальних процесах репродуктивної системи, що дозволяє рекомендувати в практичну охорону здоров’я.

III етап досліджень

Для здійснення поставлених завдань на III етапі нами були обстежені 123 пацієнтки з хронічним гнійним запаленням органів малого таза (ГЗОМТ) – 3 група. До ускладнених (хронічних) форм гнійного запалення ми віднесли всі осумковані запальні придаткові утворення – піосальпінкс, гнійні тубооваріальні абсцеси, прогресуючий гнійний ендоміометрит, панметрит і їх подальші ускладнення: параметрит, панметрит, гнійні свищі різної локалізації, екстрагенітальні абсцеси [75, 217]. Середній вік пацієнток з хронічним гнійним запаленням органів малого таза складав 37,2±3,5 року.

У структурі супутніх гінекологічних захворювань нами відмічена висока частота ендометріозу (38,2%) і міоми матки (18,7%), проте у більшості пацієнток дані захворювання клінічно не виявлялися і виявлені, в основному, при подальшому патоморфологічному дослідженні препаратів.

При вивченні причин формування ускладнених (хронічних) гнійних ГЗОМТ нами встановлено, що в 55 (44,7%) випадків вони розвинулися на тлі тривалого носіння ВМК, у 27 (22%) випадках -після пологів, у 12 (9,8%) – на тлі наявних хронічних запальних захворювань придатків матки, у 8 (6,5%) випадках – після різних гінекологічних операцій. В решти 17 (13,8%) хворих захворювання було пов'язане з нагноєнням гематом і плодового яйця при ектопічній вагітності, нагноєнням доброякісних пухлин, первинним деструктивним апендицитом тощо.

Формування важких форм гнійних ГЗОМТ і всіх подальших ускладнень у акушерських хворих з'явилося наслідком прогресуючого ендоміометриту, що клінічно виявлялося відсутністю позитивної динаміки, збереженням або наростанням симптомів інтоксикації і появою нових гнійних вогнищ (клітковина, придатки, суміжні органи). У наших спостереженнях часткова і повна неспроможність шва на матці на тлі прогре-

суючого гнійного ендоміометриту розвинулася в 20 із 27 хворих, що склало 74,1%. У 8 пацієнток причиною важких гнійних ускладнень були оперативні втручання.

Тобто, результати проведеної клінічної характеристики свідчать, що усі параметри відповідають поставленої мети та завдань досліджень.

Результати проведених досліджень свідчать, що стан під час вступу до стаціонару оцінювався нами у 29 (23,6%) пацієнток як відносно задовільний, в 48(39%) – середньої тяжкості, у 45(36,6%) – важкий і в 1 (0,8%) – як дуже важкий.

При аналізі морфологічних особливостей ушкодження тазових органів при ГЗОМТ встановлено, що ушкодження матки, підтверджене при інтраопераційному огляді і подальшому гістологічному дослідженні, було у всіх пацієнток: хронічний ендоміометрит – в 78 (63,4%), гнійний ендоміометрит – у 15 (12,2%) і панметрит у 23 (18,7%) хворих (в 7 хворих матка видалена раніше).

Ушкодження придатків спостерігалося у 85 (69,1%) пацієнток, воно було переважно двобічним (43,9%), з переважним формуванням хронічних тубооваріальних абсцесів. Середні розміри гнійного тубооваріального утворення склали 8х8х8 см, середній об'єм – 240 мл.

При аналізі гістологічних форм ушкодження придатків виявлено, що переважало гнійно-продуктивне запалення, воно спостерігалося в 70,2% хворих при тривалому перебігу запального процесу, у 12,2% пацієнток спостерігався флегмонозно-виразковий тип гнійного запалення з найбільш важкою деструкцією тканин.

У 10 пацієнток придатки були представлені хронічним абсцесом з тонкою капсулою (візуально недиференційована тканина) і гнійним вмістом.

У 19,5% пацієнток були клінічні ознаки загрози перфорації тазових абсцесів в суміжні органи, тобто мало місце загострення гнійного

процесу: загроза перфорації в сечовий міхур спостерігалася в 19,5% випадків, в дистальні відділи кишечника – в 6,5%, і в передню черевну стінку – в 1 випадку (0,8%). Залучення до гнійного процесу клітковини виявлене у 72 (58,5%) пацієнток. Повні і неповні придатково-кишкові свищі сформувалися при тривалому перебігу гнійного запалення в 35,7% хворих, міжкишкові абсцеси – в 8,1 % хворих.

Отже, 3 групу обстежених хворих склали пацієнтки, що мали тривале (хронічне) гнійне запалення органів малого таза з ушкодженням тазової клітковини і суміжних органів.

Загалом зміни з боку крові були нехарактерні для гнійного процесу і не відображали глибину інтоксикації.

Тобто, в даний час, навіть за наявності важких форм гнійного запалення, часто спостерігається «стерта» клінічна і лабораторна симптоматика, обумовлена, у тому числі, вживанням масивної антибактеріальної терапії і місцевої санації на перших етапах лікування. Тому недоцільно орієнтуватися на лейкоцитоз, як на основний маркер гнійного процесу (у нашому спостереженні він спостерігався лише в третини хворих – 33,3%), Крім того, інтерпретація вмісту лейкоцитів в периферичній крові у пацієнток з важкими формами гнійного запалення (нижні порогові значення і особливо лейкопенія) є простим клінічним тестом, що дозволяє побічно судити про наявність і тяжкість аутоімунного пошкодження тканин, у тому числі і наявність патологічної концентрації антитіл до мембран лейкоцитів і антифосфоліпідних антитіл.

Для визначення ступеня інтоксикації ми застосовували лейкоцитарний індекс інтоксикації (ЛІІ). ЛІІ розраховували з показників клінічного аналізу крові по стандартній формулі [20].

Середній показник (медіана) ЛІІ у хворих з гнійним запаленням склав 1,7. Підвищена ШОЕ спостерігалася у 86 (69,9%) пацієнток. Середнє її значення склало 26 мм/год.

Стосовно мікробіологічної характеристики хронічного гнійного процесу, слід зазначити, що вона не відображала дійсного стану речей, оскільки масивна антибактеріальна терапія раніше проводилася всім хворим (від 2 до 5 курсів) [75].

У пацієнток з ГЗОМТ нами виявлені виражені порушення в плазмовій і судинно-тромбоцитарній ланці гемостазу.

Оцінка стану плазмової ланки гемостазу: помірна фібриногенемія в межах 8 г/л спостерігалася у 56,1% випадків (від 4 до 6 г/л – у 30,9% і від 6 до 8г/л – у 25,2%) у найбільш компенсованих хворих і була «нормальною» для гнійного запалення, оскільки свідчила про компенсаторні захисні реакції – викид фібриногену для відмежування гнійного вогнища. У найважчих хворих ми спостерігали фібриногенемію більше 10 г/л – 10,6% спостережень або «нормальний» (від 2 до 4 г/л) вміст фібриногену в крові – 14,6%.

Порушення в системі гемостазу виявлялися підвищенням коагуляційного потенціалу і зниженням фібринолітичної активності крові. Майже у всіх хворих (95,1%) фібринолітична активність була знижена, лише в 6 (4,9%) хворих цей показник зберігався в межах норми. Етаноловий тест був позитивним у 59 (48%) жінок.

Активований час рекальцифікації (АЧТЧ) менше 30 сек спостерігався у 85% пацієнток з ГЗОМТ.

Ми вважали принципово важливими паралельне вивчення параметрів судинної системи і гемостазу як нерозривної збалансованої системи, оскільки відомо, що тромбоцити, особливо активні, фіксуються переважно на пошкоджених судинах і надавали основне значення не лише і не стільки оцінці окремих показників агрегатограми, скільки комплексу патологічних зрушень гемостазу і судинної системи в цілому (експертна оцінка).

Хоча кількісний вміст тромбоцитів знаходився в межах норми в 73,2% хворих і, в середньому, (медіана) склало 218 тисяч, за даними

тромбоцитограми нормального вмісту повноцінних зрілих форм тромбоцитів не спостерігалося у жодної хворої за рахунок збільшення вмісту юних і старих форм тромбоцитів.

Для виявлення функціональної неповноцінності тромбоцитів вивчалася їх адгезивно-агрегаційна здатність із застосуванням фізіологічних агентів – АДФ, колагену.

Отримані дані свідчать, що час рекальцифікації був понижений в 30,6% хворих, що свідчило про гіперкоагуляцію, медіана відповідала 131 секунді. Час толерантності крові до гепарину був знижений у половини хворих – 48,6%, медіана склала 151 секунду (нижня межа норми), що свідчило про виснаження власних запасів вільного активного гепарину в половини хворих із ускладненими формами гнійного запалення.

Різниця часу толерантності крові до гепарину і часу рекальцифікації менше 30 секунд спостерігалася у кожної п'ятої хворої (20%) і розцінювалася нами як показник депресії антитромбінової системи і ризик розвитку тромботичних змін.

Оцінка максимальної амплітуди на АДФ: в основному, у пацієнток спостерігалися «нормальні» або знижені значення даного показника.

Медіана склала 34,3 (нижня межа норми). Даний факт можна пояснити тим, що наші хворі з протизапальною і переважно апірогенною метою протягом довгого часу отримували аспірин і його похідні. Ці препарати знижують показник (максимальну амплітуду на АДФ), оскільки володіють властивістю зниження активності тромбоцитів, що широко використовується в медичній практиці [110].

Не дивлячись на це, підвищення даного показника ми спостерігали в 5,1% хворих, що розцінили як «роздратування» тромбоцитарної ланки гемостазу, тобто ризик тромбозу. Найвиразніші зміни у хворих зазнав наступний показник – максимальна амплітуда на колаген 4 типу (%). Це було недивним, оскільки даний параметр є непрямим показником

пошкодження ендотелію судин, тобто ступеня деструктивного процесу. Медіана даного показника (максимальної амплітуди на колаген 4 типу) у хворих з ускладненими формами гнійних ГЗОМТ склала всього 1,12% при нормі 40-70%, тобто показники були знижені майже в сорок разів. При цьому ми виключили наявність у пацієнток синдрому Морфана, при якому результати могли бути спотворені (опущення стінок піхви і матки було лише в 1 хворої з наявністю 2-х пологів в анамнезі і без інших ознак дисплазії з’єднальної тканини).

Можливо, це пов'язано з аутоімунним пошкодженням тканини колагену у пацієнток з ГЗОМТ. При цьому нами прослідкувалася залежність ступеня продукції патологічних аутоантитіл та тяжкості істадії гнійного запалення. Так, якщо у пацієнток «лише» з тубооваріальними абсцесами антитіла до колагену, в середньому, (медіана) визначалися в концентрації 108% від норми, то у пацієнток з параметритами, свищами, оментитами їх концентрація, в середньому, (медіана) склала 156 %, а у окремих пацієнток при септичній течії (панцелюлит, загроза перфорації тазових абсцесів) вона склала 400-450% (максимальні значення).

Спонтанну агрегацію ми вважали своєрідним контролем якості проведеного дослідження (у всіх випадках вона не перевищувала 2,25 %), що говорило про правильну постановку.Разом з наведеними параметрами визначалися й інші, що характеризують стан згортаючої системи.

Як говорилося раніше, ми вважали принципово важливими паралельне вивчення параметрів судинної системи і гемостазу як нерозривної збалансованої системи і проводили комплексну (експертну) оцінку параметрів гемостазу. Комплексна оцінка показала, що небезпечні порушення згортаючої системи крові мали третину хворих з ускладненими формами гнійного запалення (36,1%).

У більшості переважали процеси гіперкоагуляції, так як депресія антитромбінової системи поєднано з пошкодженням тромбоцитарної

ланки (підвищення агрегаційної активності тромбоцитів), при цьому небезпека тромботичних ускладнень була високою у 8,3% хворих і помірною у 16,7%.

Помірна небезпека кровотечі мала місце в 11,1% хворих, високого ризику кровотечі не було ні у жодної хворої.

Отже, у хворих з ускладненими формами гнійного запалення до операції гемостаз був значно «зрушений» у бік гіперкоагуляції, а хворі були «захищені» від кровотеч високою здатністю згущуватися і власними активними тромбоцитами.

У наших спостереженнях кровотеч в доопераційному періоді не було в жодному з випадків. Теоретично вони могли виникнути в процесі неадекватного лікування антикоагулянтами і апіретиками або в результаті механічної ерозії крупної судини (некроз стінки).

Рідкі хворі, що зустрілися у нас з ризиком на кровотечу, могли б унаслідок гіпокоагуляції дифузно «сочитися» на операції з подальшим утворенням гематом (що, загалом, нехарактерно для гнійних хворих). У наших випадках дане ускладнення не зустрілося, оскільки в результаті інфузій свіжозамороженої плазми з метою передопераційної підготовки показники вийшли з «небезпечної зони» – зменшився час рекальцифікації з нормалізацією різниці часу толерантності крові до гепарину і часу рекальцифікації.

Вираженість порушень гемостазу корелювала з тяжкістю гнійного ушкодження і стадією гнійного процесу (порушення були достовірно важчі у стадії загострення гнійного процесу).

Характер порушень здатності згущуватися був тісно пов'язаний з рівнем антитіл до фосфоліпідів. Вивчення концентрації аутоантитіл до фосфоліпідів у хворих з ускладненими формами ГЗОМТ свідчило про те, що у хворих у 54,1% випадків він був значно підвищений (від 140 до 300% від фізіологічних значень в 41% хворих і більше 300% від фізіо-

логічних значень в 23,1%). При цьому прослідкувалася залежність продукції даних аутоантитіл від тяжкості та стадії гнійного запалення. Так, якщо у пацієнток з тубооваріальними абсцесами антитіла до фосфоліпідів, у середньому (медіана), визначалися в концентрації 133,5% від норми, то у пацієнток з параметритами, свищами, оментитами їх концентрація перевищувала природну удвічі (медіана 185%), а у окремих пацієнток (панцелюліт, загроза перфорації тазових абсцесів) вона склала 400-450% (максимальні значення). Тяжкість виявлених коагулопатичних порушень пов'язана з рівнем антитіл до фосфоліпідів.

Проведення дуплексного ультразвукового сканування вен нижніх кінцівок (17 досліджень) показало, що вени сафено-феморального співустя, глибокі вени стегна (загальна стегнова вена, глибока стегнова вена, поверхнева вена стегна і глибокі гомілки з обох боків були прохідні, стискувані датчиком, фарбовані при кольоровому доплерівському картируванні). У 5 (29,4%) пацієнток при дослідженні виявлена варикозна хвороба – помірне розширення вен нижніх кінцівок (сафено-феморального спів’устя, глибоких вен гомілок), при проведенні проби Вальсальви виявлена недостатність клапанів вен, у 2 (11,8%) випадках виявлені ознаки хронічної венозної недостатності. У 1 (5,9%) пацієнтки виявлені ознаки флебіту великої підшкірної вени стегна. Крім того, варикозне розширення вен таза виявлене у 5 (29,4%) пацієнток, тромб в просвіті судини (септичний тромбофлебіт) візуалізувався в одному випадку (5,9%).

Отже, тривалий перебіг ГЗОМТ призводив до порушень судинно-тромбоцитарної і плазмової ланки гемостазу у всіх випадках, при цьому, виражені порушення мали 36,1% хворих (високий ризик тромботичних ускладнень – 8,3%, помірний – 16,7%, помірний ризик кровотечі – 11,1% хворих). Ступінь гемостазіологічних порушень корелювала з тяжкістю гнійного ушкодження і стадією гнійного процесу (порушення були достовірно важче у стадії загострення гнійного процесу). У патогенезі усклад-

нених (хронічних) форм гнійного запалення виявлений аутоімунний компонент, пов'язаний з наявністю підвищеної концентрації аутоантитіл до фосфоліпідів і колагену, тяжкість виявлених коагулопатичних порушень була пов'язана з рівнем даних антитіл.

Отримані дані вплинули на характер і тривалість передопераційної підготовки і післяопераційного ведення хворих.

Відомо, що будь-які операції, і особливо операції на органах малого таза призводять до придаткового зрушення у бік гіперкоагуляції, тим більше у гнійних хворих, коли в судинне русло під час операції потрапляє велика кількість тромбопластичних мас. До того ж тромбоцити, особливо активні (хворих з активними тромбоцитами за нашими даними була більшість – 90,3%) фіксуються на пошкоджених в результаті гнійного запалення і інтоксикації судинах, що також підвищує ризик тромбозу.

Тому корекція виявлених нами порушень у хворих з ускладненими формами гнійного запалення була життєво важливою. Мета її – знизити частоту інтра- і післяопераційних ускладнень (тромбозу і кровотеч), при цьому, визначення передопераційного стану гемостазу мало велике значення для прогнозу ускладнень і результату захворювання.

3 пацієнткам зважаючи на наявність екстрених показань до операції (розлитий гнійний перитоніт через перфорацію гнійних тубооваріальних утворень в черевну порожнину) протягом 1,5-2 годин проводилася передопераційна підготовка. Вона включала катетеризацію вени і проведення транс фузійної терапії під контролем ЦВД в об'ємі 1200 мл колоїдів, білків і кристалоїдів в об'ємі 1:1:1. Решті 120 пацієнткам проводилася передопераційна підготовка. Вона включала, у тому числі корекцію гемостазіологічних порушень.

При важкому ступені інтоксикації (43 спостереження) інфузійну терапію проводили щодня в об'ємі 1500-2000 мл на добу. При середньому ступені інтоксикації (74 спостереження) об'єм інфузій складав 800-1000 мл на добу.

Інфузійна терапія включала: кристалоїди – 5 і 10% розчинів глюкози і замінників, сприяючих відновленню енергетичних ресурсів, а також коректори електролітного обміну; поліпшенню властивостей реологій крові сприяло вживання дезагрегегантів (тренталу, курантілу); плазмозамінні колоїди – в об'ємі 500 мл / через день; білкові препарати – свіжозаморожена плазма; 5, 10 і 20% розчинів альбуміну.

Тривалість передопераційної підготовки була індивідуальною (від 2 до 7 днів). Оптимальною для операції ми вважали стадію ремісії гнійного процесу.

Всім пацієнткам після проведення передопераційної підготовки, що включила і корекцію гемостазіологічних порушень (інфузійна терапія, у тому числі трансфузії свіжозамороженої плазми, дезагреганти), проведено оперативне лікування.

У хворих з ускладненими формами ГЗОМТ виконано 25,2% органозберігаючих операцій і 74,8% радикальних (з них зі збереженням гормональної функції – в 52% і панГЕ в 22,8%). Об'єм хірургічного втручання був індивідуальний і залежав від наступних основних моментів: віку хворих, ініціації процесу, тяжкості гнійної і характеру супутньої патології геніталій. Умовами для виконання реконструктивних операцій були відсутність гнійного ендоміометриту (панметриту) і множинних екстрагенітальних абсцесів.

Радикальні втручання виконані хворим, в яких була поєднане ушкодження: двобічне ушкодження придатків, панцелюліт, гнійні свищі.

Середня крововтрата (медіана) склала 200 мл. Інтраопераційно проводилася інфузійна терапія, у тому числі: в (64,2%) – трансфузії свіжозамороженої плазми, переливання еритроцитарної маси було потрібно лише в 2 (1,6%) випадках у пацієнток з вихідною важкою анемією.

Основні патологічні тромботичні зміни виявлені нами в матці: макроскопічно інтраопераційно (при пересіченні маткових судин) в 16

(13,8%) хворих візуалізувалися тромби різного діаметру у вигляді «черв'яків», при патоморфологічному дослідженні трамбовані судини матки визначалися в 35 випадках (30,1%), переважно акушерських, некротичних формах, а також панметриті у гінекологічних хворих.

Мікроскопічно визначалося тотальне пошкодження ендо- і міометрія: велика кількість (мережа) гіалінових волокон і як результат септичного тромбозу – зони некрозу різного ступеня і протяжності.

Все це підтверджує негативну роль гемостазіологічних порушень в патогенезі і результаті хронічного гнійного запалення і реальну небезпеку тромбоемболічних ускладнень в даних хворих.

Ми використовували наступні неспецифічні способи профілактики тромбоемболічних ускладнень: вживання максимально щадної, відпрацьованої техніки оперативного втручання; використання комбінованої, у тому числі регіонарної (спінальної або епідуральної) анестезії; ефективне знеболення в післяопераційному періоді; вживання в програмі лікування інфузійної терапії в режимі помірної гіперволемії (попередження гіповолемії); вживання пневматичної манжеточної компресії з першої доби післяопераційного періоду.

Специфічними способами профілактики тромбоемболічних ускладнень були: використання прямих антикоагулянтів – низькомолекулярного гепарину – фраксипарину в дозі 0,3 (2850 МО Анти-ха активності відповідно) – під шкіру живота протягом 5-7 днів (при масі тіла хворої більше 100 кг дозу антикоагулянту подвоювали); вживання засобів, поліпшуючих властивості реологій крові (курантил, трентал); використання доступних екстракорпоральних методів детоксикації; вживання глюкокортикоїдів, враховуючи наявність аутоімунного компонента запалення.

Аналіз показав, що небезпека тромбозу була найбільш велика на 3-4 добу післяопераційного періоду і навіть на 8-12 добу практично у всіх хворих зберігалася помірна гіперкоагуляція, що вимагало відповідної

корекції. На даному етапі і на етапі відновного амбулаторного лікування нами використовувалися, в основному, антитромбоцитарні препарати (аспірин, нестероїдні протизапальні засоби), спазмолітичні і вазоактивні препарати, венотоніки (детралекс, троксевазин, ескузан), ензимотерапія. Тобто, у пацієнток з ускладненими ГЗОМТ присутні важкі гемостазіологічні порушення з наявністю тромбозу вен матки і судин малого таза, що є одним з елементів патогенезу. Всі пацієнтки потребують корекції гемостазіологічних порушень і проведення специфічної і неспецифічної профілактики тромбоемболічних ускладнень, небезпека яких зростає на третю добу післяопераційного періоду. Використання програми корекції гемостазіологічних порушень в комплексному лікуванні дозволило уникнути тромбоемболічних ускладнень (всі пацієнтки виписані зі стаціонару на 10-12 добу післяопераційного періоду)

Отже, результати проведених досліджень свідчать, що використання удосконаленого нами алгоритму дозволяє попередити гемостазіологічні порушення в жінок групи високого ризику – із ГЗОМТ, які булі прооперовані в ургентному порядку. Це дозволяє нами рекомендувати його в практичну охорону здоров'я.

Таким чином, результати проведених досліджень свідчать, що використання сучасних ендоскопічних технологій дозволяє підвищити ефективність оперативного лікування доброякісної та запальної патології органів малого таза. Використання удосконаленого нами алгоритму дозволяє підвищити якість оперативного лікування та знизити частоту порушено репродуктивного здоров’я у післяопераційному періоді, що дозволяє рекомендувати його для практичної охорони здоров’я.

ВИСНОВКИ

У дисертації наведені дані і нове вирішення наукової проблеми сучасної гінекології щодо підвищення ефективності оперативного лікування доброякісних та запальних новоутворень геніталій, а також зниження частоти післяопераційних ускладнень на основі удосконалення тактики використання сучасних ендоскопічних технологій та лікувально-профілактичних заходів.

1. Аналіз даних сучасної літератури свідчить про постійне зростання частоти використання сучасних ендоскопічних технологій, їх недостатню ефективність, а також значний рівень післяопераційних гемостазіологічних ускладнень.

2. У структурі оперативного лікування доброякісних новоутворень матки та придатків переважали малоінвазивні операції (69,9%) порівняно з традиційними методами (30,1%). При оцінці структури малоінвазивних оперативних втручань встановлено, що у більшості випадків (42,8%) були застосовані органозберігаючі операції з приводу новоутворень матки та придатків, операції з приводу пролапса геніталій (18,3%) та комбінована гістеректомія (15,2%). Серед традиційних оперативних втручань частіше виконували лапаротомні гістеректомії порівняно з міомектомією (31,7%) та вагінальною гістеректомією (27,7%). При цьому, у плановому порядку проведено 81,8% операцій, а в ургентному – 18,2% відповідно.

3. Серед різних варіантів гістеректомій лапаротомний складав 41,8%, комбінований лапароскопічний і піхвовий – 36,5% порівняно з виключно піхвовим – 21,7%. У структурі доступів при міомектомії 48,0% займав лапаротомічний; 27,9% – піхвовий та 24,1% – комбінований лапароскопічний та вагінальний доступи.

4. Частота депресивних станів після різних гінекологічних операцій становила від 17,3 до 27,0% хворих і пов'язана зі стійким больовим синдромом (коефіцієнт кореляції r=+0,45), порушеннями сечовипускання – від 14,8 до

53,3% (критерій χ^2=3,22) та дискомфортом в області післяопераційної рани – від 11,4 до 40,0% (критерій χ^2=2,3).

5. У структурі ускладнених форм запальних процесів органів малого таза, які потребують ургентного оперативного втручання, переважали піосальпінкси двох- (38,3%) та однобічні (26,1%), абсцеси малого таза (16,2%), тубоваріальні абсцеси (12,8%), однобічні піовари (4,4%) та інші форми (2,2%).

6. Частота динамічної лапароскопії у жінок із ускладненими запальними процесами органів малого таза становила 51,6%, а провідними показаннями були збереження больового синдрому, стійка гіпертермія, симптоми інтоксикації та бажання збереження репродуктивної функції. Рівень однократної динамічної лапароскопії склав 73,1%, двохкратної – 22,6%, трьохкратної та більше – 4,3% відповідно.

7. При оцінці обсягу оперативного втручання у жінок із ускладненими формами запальних процесів органів малого таза переважали сальпінгостомія/туботоміїя з обох боків – 37,6%, сальпінгостомія з одного боку – 18,3%, лізис спайок із санацією малого таза – 15,1%, вскриття абсцесу із сальпінгоовaріолізисом – 14,0%, туб-/аднексектомія з одного боку – 12,9%, аднексектомя з одного боку та сальпінгостомія з другого – 2,1% відповідно.

8. У жінок після оперативного лікування ускладнених форм запальних процесів органів малого таза спостерігалися зміни якості життя: зниження фізичної активності (92,6%), млявість та сонливість (91,5%), недолік енергії і зниження життєвого тонусу (36,2%). Використання динамічної лапароскопії дозволило суттєво підвищити якість життя цих жінок.

9. У жінок з ускладненими формами запальних процесів органів малого таза мали місце виражені порушення у плазмовій та судинно-тромбоцитарній ланці гемостазу: зниження фібринолітичної активності – 95,1%; зменшення активованого часу рекальцифікації – 85,0%; гіперфібриногенемія – 56,1%; зниження толерантності крові до гепарину – 48,6%; позитивний етаноловий

тест – 48,0%; зменшення часу рекальцифікації – 30,6%. Вираженність порушень гемостазу корелювала з тяжкістю запального процесу.

10. Аутоімунний компонент ускладнених форм запальних процесів органів малого таза підтверджено підвищеною концентрацією аутоантитіл до фосфоліпідів (54,1%), причому від 140 до 300% – у 41,0% та більше 300% – у 23,1% відповідно.

11. Використання сучасних ендоскопічних технологій дозволяє підвищити ефективність оперативного лікування доброякісної та запальної патології органів малого таза. Використання удосконаленого нами алгоритму ведення хворих і тактики оперативних втручань дозволяє підвищити якість оперативного лікування і знизити частоту інфекційних і тромбоемболічних ускладнень, порушень репродуктивного здоров’я, а також підвищити якість життя у ранньому та віддаленому післяопераційному періоді.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. В удосконаленій нами методиці ушивання черевної порожнини використання сучасних ендоскопічних технологій дозволяє підвищити ефективність оперативного лікування доброякісної та запальної патології органів малого таза. Використання удосконаленого нами алгоритму дозволяє підвищити якість оперативного лікування та знизити частоту порушень репродуктивного здоров’я в післяопераційному періоді. Після вагінальної гістеректомії два обвивних шва накладаються на слизову оболонку піхви, кукси зв'язок і тазову очеревину від міхурно-маткової складки і передньої стінки піхви до очеревини позаматкового простору і задньої стінки піхви. Справа і зліва накладаються два таких шви, які зав'язуються одночасно. Дана техніка дозволяє досягти надійного гемостазу і уникнути виникнення позачеревних гематом і гематом куполу піхви в післяопераційному періоді.

2. Техніка вагінальної гістеректомії з приводу міоми матки великих розмірів базується на двох основних принципах: деваскуляризація матки шляхом лігування маткових артерій перед виконанням власне гістеректомії; зменшення розмірів пухлини шляхом бісекції, міомектомії, морцеляції або корингу.

3. Удосконалена методика для лікування стресового нетримання сечі у жінок відрізняється місцями проведення сітчастого протеза. Після катетеризації сечового міхура виконується лінійний розріз слизової оболонки сечового міхура на 1 см нижче за зовнішній отвір сечовипускального каналу довжиною 1 см. Важливо, аби була розкрита і належна фасція. Потім робляться тунелі до обтураторного отвору з обох боків, через які й проводяться зігнутої форми провідники із сітчастим протезом. Провідник проводиться не з боку піхви через обтураторний отвір на внутрішню поверхню стегна, а з внутрішньої поверхні стегна з розрізу 1 см, на 2 см вище за зовнішній отвір сечовипускального каналу і 2 см

назовні від внутрішнього стегнового згину. Провідник перфорує замикальний отвір під контролем пальця і виходить назовні з розрізу слизової оболонки піхви.

4. У жінок з ускладненими формами запальних процесів органів малого таза необхідно використовувати сучасні ендоскопічні технології з динамічною лапароскопією у випадках неефективності першого втручання, збереження симптомів інтоксикації та необхідності збереження репродуктивної функції.

5. Корекція гемостазіологічних порушень у жінок з ускладненими формами запальних процесів органів малого таза повинна включати *неспецифічні* способи: вживання максимально щадної, відпрацьованої техніки оперативного втручання; використання комбінованої, у тому числі регіонарної (спінальної або епідуральної) анестезії; ефективне знеболення в післяопераційному періоді; застосування в програмі лікування інфузійної терапії в режимі помірної гіперволемії (попередження гіповолемії); застосування пневматичної манжеточної компресії з першої доби післяопераційного періоду та *специфічні*: використання прямих антикоагулянтів – низькомолекулярного гепарину – фраксипарину в дозі 0,3 (2850 МО Анти-ха активності відповідно) – під шкіру живота протягом 5-7 днів (при масі тіла хворої більше 100 кг дозу антикоагулянту подвоювати); вживання засобів, що поліпшують властивості реології крові (курантил, трентал); використання доступних екстракорпоральних методів детоксикації; вживання глюкокортикоїдів, враховуючи наявність аутоімунного компонента запалення.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Адамян ЛВ, Зарубиани ЗР, Киселев СИ. Лапароскопия и гистерорезектоскопия в хирургическом лечении миомы матки у женщин детородного возраста. Акушерство и гинекология. 2017;3:40–4.

2. Азим АА. Особливості лапароскопічної гістеректомії у жінок з наявністю в анамнезі операції кесарева розтину. Вісник проблем біології і медицини. 2019;1(4):62–5.

3. Бабак ОЯ, Більченко АО, Железнякова НМ, упоряд. Ведення хворого з тромбоемболією легеневої артерії: методичні рекомендації. Харків: ХНМУ; 2021. 16 с.

4. Бабкіна ТМ, Волік НК. Ехографічні та доплерометричні дослідження в акушерстві та гінекології. Здоров'я жінки. 2017;3:56–62.

5. Беженарь ВФ, Медведева НС, Айламазян ЭК. Современная стратегия и хирургическая техника при лапароскопической миомэктомии. Здоров'я жінки. 2018;4(36):22–6.

6. Бенюк ВА, Курочка ВВ, Винярський ЯМ, Гончаренко ВС. Сучасні аспекти діагностики гіперпластичних процесів ендометрія у жінок репродуктивного віку. Таврический медико-биологический вестник. 2013; 15(2):20–8.

7. Бенюк ВО, Кузьміна АВ, Ковалюк ТВ. Внутрішньоматкова рідина у жінок у постменопаузальний період: доброякісна та злоякісна ознака. Здоров'я жінки. 2018;5:9–14.

8. Білодід ОО. Ендометріоз: від патогенезу до лікування. Жіночий лікар. 2021;3:25–8.

9. Бойко АВ, Терехов ВА. Вплив органозберігальних операцій на яєчниках на менструальну функцію жінок Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П. Л. Шупика. 2019;36:64–70.

10. Бойко АВ, Терехов ВА. Мікробілогічні особливості запальних захворювань яєчників та маткових труб. Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П. Л. Шупика. 2018;31(2):78–82.

11. Бойко АВ, Терехов ВА. Прогнозування розвитку кіст та доброякісних пухлин яєчників у жінок репродуктивного віку. Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П. Л. Шупика. 2019;35:62–6.

12. Бойко АВ. Особливості хірургічного лікування новоутворень яєчників під час вагітності. Здоров'я жінки. 2019;9;55–7.

13. Бойко ВВ, Лихман ВМ, Шевченко ОМ, Ткачук ОЮ, Меркулов АО, Белодід ЄО, Пономарьова КВ. Тромбоемболічні ускладнення у хворих з гострою хірургічною патологією. Медицина невідкладних станів. 2022;18(3):36–9.

14. Бойко ВІ, Калашник НВ, Бойко АВ. Сучасні підходи до діагностики та лікування доброякісних пухлин яєчників: навчальний посібник. Суми: Сумський державний університет; 2019. 267 с.

15. Бойко ВІ, Терехов ВА. Ендоскопічне лікування невідкладних станів в гінекології: тактика та реабілітація. Здоров’я жінки. 2020;3:64–71.

16. Бойко ВІ, Терехов ВА. Найближчі та віддалені результати лікування абдомінальних ускладнень після гінекологічних операцій із застосуванням ендоскопічних технологій. Репродуктивне здоров’я жінки. 2021;2:22–7.

17. Бойчук АВ, Коптюх ВІ, Існюк НО. Порівняння лапароскопічної міомектомії та емболізації маткових артерій у жінок із симптомною лейоміомою матки. Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології. 2020;2:45–9.

18. Бурка ОА, Тутченко ТМ, Педаченко НЮ, Кудлай О.М. Сучасні підходи до вибору антибактеріальних препаратів при запальних процесах тазових органів: роль інноваційних мікробіологічних методів огляд літератури. Репродуктивна ендокринологія. 2020;1(51): 25–31.

19. Вдовиченко ЮП, Бойко ВІ, Терехов ВА. Діагностика і лікування абдомінальних ускладнень після гінекологічних ендоскопічних операцій. Репродуктивне здоров’я жінки. 2021;1:75–9.

20. Венцківський БМ, ред. Невідкладні стани в акушерстві та гінекології (довідник). Київ: РА Гармонія; 2017. 167 с.

21. Венцковский БМ, Жегулович ВГ, Жегулович ЮВ. Овариальный резерв при хирургии яичника. Гемостаз путем временной компрессии как альтернатива воздействия физических энергий и химических средств на яичник. Репродуктивное здоровье. Восточная Европа. 2019;9(2):120–6.

22. Видиборець СВ. Тромбоцитопенія як диференційно-діагностична проблема у клінічній практиці. Сімейна медицина. 2017;2128–33.

23. Використання гормональних контрацептивів у жінок із супутніми медичними станами. Практичний вісник Американського коледжу акушерів-гінекологіа № 206. Репродуктивна ендокринологія. 2020;2:82-92.

24. Вовк ІБ, Горбань НЄ, Лисяна ТО, Нетреба НІ, Пономарева ІГ. Роль запального фактору в ґенезі гіперпластичних змін ендометрія у жінок репродуктивного віку. Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології, 2019;1:73–80

25. Волков АО, Клигуненко ЕН, Луценко ВВ, Браила ПА. Післяопераційний біль у пацієнток після лапароскопічних операцій в гінекології. Медицина невідкладних станів. 2018;6:78–83.

26. Гладчук ІЗ, Кушнір ГЮ, Дробот ДІ. Профілактика гнійно-септичних ускладнень при лапароскопічних операціях на органах малого таза. Вісник морської медицини. 2021;2:110.

27. Гладчук ІЗ, Назаренко ОЯ, Ткаченко РО. Внутрішньочеревні кровотечі в гінекології. Одеса: ОНМедУ; 2021; 111 с.

28. Гладчук ІЗ, Рожковська НМ, Косей ТВ. Сучасні хірургічні технології в лікуванні міоми матки (огляд літератури та власні дані). Збірник наукових праць асоціації акушерів і гінекологів України. 2016;2(38):123–9.

29. Гладчук ІЗ, Шитова ГВ, Железов ДМ, Заржицька НА. Ускладнення лапароскопічної консервативної міомектомії (огляд літератури). Клінічна та експериментальна патологія. 2019;18(2):168–73.

30. Гладчук ІЗ, Шитова ГВ, Заржицька НА. Лапароскопічна консервативна міомектомія у пацієнток із репродуктивними намірами (огляд літератури). Здоров'я жінки. 2020;2:80–5.

31. Гладчук ІЗ. Оцінка впливу розміру субмукозного вузла на ефективність гістероскопічної міомектомії. Одеський медичний журнал. 2018;2:49–55.

32. Голяновський ОВ, Будченко МА. Комплексна методика виконання консервативної міомектомії у жінок репродуктивного віку. Вісник Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова. 2017;21(1, ч. 2):329–31.

33. Голяновський ОВ, Клюзко ІВ, Абраменко АВ, Супрунюк КВ. Вузлова лейоміома матки гігантських розмірів на фоні поєднаної екстрагенітальної патології. Репрозуктивне здоров’я жінки. 2022;2:33–8.

34. Горальський ЛП, Хомич ВТ, Кононський ОІ. Основи гістологічної техніки і морфологічні методи досліджень у нормі та при патології. Навчальний посібник. Видання третє, виправлене і доповнене. Житомир: «Полісся»; 2015. 286 с.

35. Григор’єв ЄО, Ситнік ПО, Дьяков АВ, Ситнік ОГ. Аналіз мікробного спектра у жінок з гнійно-запальними захворюваннями органів малого таза в умовах надання ургентної оперативної гінекологічної допомоги з урахуванням факторів ризику. Здоров’я жінки. 2020;3:38–41.

36. Громова АМ, Мартиненко ВБ, Тарасенко КВ, Нестеренко ЛА. Діагностична та оперативна лапароскопія в гінекології. Збірник наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України. 2017;2:105–8.

37. Дзісь ІЄ, Томашевська ОЯ, Дзісь ЄІ. Тромботичні ускладнення після хірургіних втручань. Патологія. 2019;16(2):245–50.

38. Довгаль ЛВ, Кузьоменська МЛ. Діагностика та лікування атипової гіперплазії ендометрія в репродуктивному віці. Здоров'я жінки. 2018;9:78–80.

39. Друпп ЮГ, Петренко ТГ, Бенюк СВ, Середа КІ. Деякі показники цитокінів, імунологічний стан і лейкографії у жінок з лейоміомою матки. Збірник наукових праць асоціації акушерів і гінекологів України. 2020;2(46):49–53.

40. Дубоссарская АМ. Маточные кровотечения в репродуктивном возрасте. Здоровье Украины. 2017;2:44–6.

41. Дубоссарская ЗМ, Макацария АД. Состояние некоторых звеньев системы гемостаза у больных неспецифическим сальпингоофоритом. Акушерство и гинекология . 2013;2:59–60.

42. Евсеев АА, Богинская ЛН, Протопопова ПО, Затонских ЛВ, Краснова ИА. Современные принципы диагностики и лечения острых воспалительных заболеваний придатков матки. Акушерство и гинекология. 2018;2:33–6.

43. Жаркіх АВ, Круть ЮЯ, Сюсюка ВГ, Панасюк ДВ. Невідкладні стани в акушерстві та гінекології. Запоріжжя: ЗДМУ; 2016. 105 с.

44. Заболотін АВ. Діагностика та ендоскопічне лікування аномалій розвитку матки. Здоров'я жінки. 2018;8:94–7.

45. Завгородний СН, Ганжий ВВ, Рылов АИ. Видеолапароскопические оперативные вмешательства в ургентной хирургии. ScienceRise. 2021;3(20):64–8.

46. Казмирчук ВЕ, Ковальчук ЛВ, Мальцев ДВ. Клиническая иммунология и аллергология. Київ: Фенікс; 2009. 342 с.

47. Кастіков ВВ. Особливості оперативного лікування гінекологічних захворювань лапаротомічним та лапароскопічним доступом у жінок з екстрагенітальною патологією. Здоров'я жінки. 2017;120(4): 111–4.

48. Катеренчук ІП. Клінічне тлумачення й діагностичне значення лабораторних показників у загальнолікарській практиці: навчальний посібник. 3-є вид., випр. й допов. Київ: Вид. дім Медкнига; 2020. 227 с.

49. Квітка ДМ, Паламарчук ВО, Земсков СВ, Січінава РМ. Введення поняття якості життя у практичну медицину. Клінічна ендокринологія та ендокринна хірургія. 2021;73(1):70–5.

50. Козуб ММ, Гирман ЛІ, Сокол МП. Можливості ультразвукової діагностики в акушерстві та гінекології: навчальний посібник. Харків: ХМАПО; 2017. 52 с.

51. Корнацька АГ, Флаксемберг МА, Борисюк ОЮ, Чубей ГВ, Россоха ЗІ. Алгоритм лікування лейоміоми матки у жінок репродуктивного віку з урахуванням генетичних чинників. 2021;3:81–5.

52. Корнієнко СМ. Оптимізація лікування гіперпластичних процесів ендометрія в репродуктивному віці за допомогою гістероскопічної техніки "холодної петлі". Репродуктивна ендокринологія. 2017;3:44–9.

53. Косей Н, Васильченко Л, Сухоребря Є, Шакало Ю. Принципи лікування лейоміоми матки. Репродуктивна ендокринологія. 2019;7(3):14–20.

54. Косей Н. Міома матки: етіологія і морфогенез. Репродуктивна ендокринологія. 2018;40:23–32.

55. Костяхин АЕ, Гутикова ЛВ, Ганчар ЕП, Косцова ЛВ. Эффективность и преимущества лапароскопической гистерэктомии. Репродуктивное здоровье. Восточная Европа. 2019;9(2):159–66.

56. Кротік ОІ. Особливості системного місцевого імунітету у вагітних з урогенітальними інфекціями в анамнезі. Здоров’я жінки. 2021;4:70–5.

57. Кузьміна ІЮ. Стан імунологічних факторів і цитокінів при плацентарній недостатності. Міжнародний медичний журнал. 2016;22(1): 48–51.

58. Кузьоменська МЛ, Чирва СЛ. Аналіз сучасних поглядів на міому матки та методи її лікування. Репродуктивне здоров'я жінки. 2021;3(48):41–7.

59. Кузьоменська МЛ, Чирва СЛ. Перебіг вагітності і розродження у жінок з рубцем на матці після міомектомії із застосуванням ендоскопічних технологій. Репродуктивне здоров'я жінки. 2021;4:76–82.

60. Курцер МА, Савельева ГМ, Бреусенко ВГ. Эндоскопическая миомэктомия: за и против. Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2017;6(1):57–60.

61. Кушніренко СВ. Інфекції сечовивідних шляхів у жінок. Репродуктивне здоров'я жінки. 2021;9-10:28–32.

62. Лашкул ОС. Качество жизни и сексуальная функция у женщин, оперированных на органах репродуктивной системы. Запорожский медицинский журнал. 2018;20(1):76–81.

63. Литвинова НА. Современный органосохраняющий метод лечения больных с миомой матки. Вестник акушера-гинеколога. 2019;4:31–5.

64. Лищук-Якимович КА. Антифосфолипидный синдром в практике врача-репродуктолога. Репродуктивное здоровье. Восточная Европа. 2016;6(3):411–8.

65. Літвак ОО, Довгань АА. Тактика хірургічного лікування міоми матки у жінок з порушенням репродуктивної функції. Здоров'я жінки. 2018;7:116–20.

66. Макацария АД, Бицадзе ВО. Патогенетическое обоснование и возможности применения низкомолекулярных гепаринов в акушерской практике. Акушерство и гинекология. 2015;2:37–41.

67. Максимець ТО. Сучасні підходи до діагностики та комплексної корекції стану тромбонебезпеки у хворих з підвищеним індексом маси тіла на міому матки при лапароскопічній міомектомії. Клінічна анестезіологія та інтенсивна терапія. 2020;2:61–70.

68. Медведєв МВ, Потапов ВО, Польщиков ПІ. Характеристики перфузії міоматозної матки до та після органозберігаючих методів лікування. Медичні перспективи. 2012;17(2):57–62.

69. Мінцер ОП. Статистичні методи досліджень. Практична медицина. 2019;19(2):100–3.

70. Міхановський ОА, Сухін ВС, Харченко ЮВ, Федоренко НВ, Моісеєнко ЮА, Теплова МА. Досвід застосування діагностичної лапароскопії у хворих на поширений рак яєчників. Міжнародний медичний журнал. 2019;2(1):61–4.

71. Молчанова ОВ. Міома матки та аденоміоз: до питання поєднання діагнозів. Таврический медико-биологический вестник. 2013;16(2, ч. 1):155–6.

72. Наказ МОЗ України від 15.06.2007 № 329 «Профілактика тромботичних ускладнень в хірургії, ортопедії і травматології, акушерстві та гінекології. Клінічний протокол». https://zakononline.com.ua/documents/show/ 60483_679332

73. Носенко ОМ, Дорошенко ВЕ. Лікування комплексної неатипової гіперплазії ендометрія у пацієнток з безпліддям. Репродуктивная эндокринология. 2014;2:104.

74. Олексенко ОО, Медведєв МВ. Аналіз репродуктивної функції у жінок з міомою матки. Збірник наукових праць асоціації акушерів і гінекологів України. 2018;1(41):8–14.

75. Паращук ЮС, Грищенко МГ, Паращук ВЮ, Сафонов РА. Оперативна гінекологія: навчальний посібник. Харків: ХНМУ; 2017. 132 с.

76. Перцева ТО, Бєлослудцева КО, Крихтіна МА. Прогнозування тромботичних ускладнень у післяопераційних хворих за даними багатовимірного аналізу тяжкості, системного запалення, стану ендотеліальної функції та гемостазу. INFUSION & CHEMOTHERAPY. 2021;3:12–7.

77. Пирогова ВІ, Дякунчак ЮР. Репродуктивні порушення у жінок репродуктивного віку, які перенесли ургентні операційні втручання на репродуктивних органах. Репродуктивне здоров'я жінки. 2022;1:59–62.

78. Пирогова ВІ, Малачинська МЙ, Шурпяк СО, Щурук НВ. Мікроекологія піхви – що потрібно знати акушеру-гінекологу. Здоров'я жінки. 2015;7:8–15.

79. Писарєва ОЛ, Чайка КВ. Оцінка ефективності відновлення репродуктивної функції жінок із субмукозною міомою матки. Здоров'я жінки. 2014;9(95):143–5.

80. Пікуль ЮЛ. Роль ендоскопічних операцій в ургентній гінекології. Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П. Л. Шупика. 2017;28(3):108–13.

81. Подзолкова НМ, Железнов ВИ, Стрижаков АН. Клинико-морфологические аспекты гнойных воспалительных заболеваний придатков матки. Акушерство и гинекология. 2017;9:45–51.

82. Подольський ВлВ, Подольський ВВ. Сучасні можливості лікування хронічних запальних захворювань статевих органів у жінок фертильного віку. Здоров'я жінки. 2019;5:132–6.

83. Попов АА, Горский СЛ, Шалаев ОИ. Лапароскопическая интрафасциальная гистерэктомия по Земму. Акушерство и гинекология. 2016;5:36–8.

84. Потапов ВА. Диагностические и прогностические критерии полноценности репаративной регенерации в матке после реконструктивно-пластических операций у женщин с лейомиомой матки. Медико-социальные проблемы семьи. 2018;18(1):62–9.

85. Прощенко ОМ, Венцківська ІБ. Вплив гістеректомії на фукцію збереження яєчників та корекція горманального дисбалансу. Репрозуктивне здоров'я жінки. 2022;3:18–26.

86. Прощенко ОМ, Венцківський БМ, Венцківська ІБ. Параметри якості життя і метаболічні порушення у жінок після гістеректомії з приводу міоми матки. Сімейна медицина. 2020;5/6:89–94.

87. Романенко ТГ, Гайдук АД. Імуноморфологічні рзнаки хронічного ендометриту. Репрозуктивне здоров’я жінки. 2022;3:27–33.

88. Рудакова ЕБ, Семенченко СИ, Панова ОЮ., Кучинская НВ. Инфекционная патология нижнего отдела половых путей женщины и бесплодие (обзор литературы). Гинекология. 2020;16(3):81–7.

89. Савельев ВС. Послеоперационные венозные тромбоэмболические осложнения: фатальная неизбежность или контролируемая опасность? Хирургия. 2017;6:60–3.

90. Сазонова ЕО, Азиев ОВ, Бучеренко АБ. Опыт применения лапароскопической гистерэктомии. Журнал акушерства и женских болезней. 2017;19(3):34–40.

91. Сафонов РА, Лазуренко ВВ. Сучасні підходи до лікування генітального пролапсу у жінок з екстрагенітальною патологією. Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології. 2022;1(29):37–43.

92. Сафонов РА, Черепова ВІ. Лікування пролапсу геніталій. Вісник проблем біології і медицини. 2022;1(163):162–6.

93. Свинцицький ВС, Рекута АС. Предиктори циторедукції: лапароскопічна діагностика для вибору тактики лікування у пацієнток із розповсюдженими формами серозного раку яєчників. Здоров'я жінки. 2019;9:72–5.

94. Ситнік ПО. Сучасні підходи до етіопатогенезу, діагностики та лікування гнійно-запальних захворювань органів малого таза (огляд літератури). Український медичний часопис. 2020;5(139):1–6.

95. Стрижаков АН, Каграманова ЖА, Якубович ДВ. Клинико-иммунологическое обоснование терапии больных острым воспалением придатков матки. Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2014;13(1):26–9.

96. Тарабрін ОО, Максимець ТО. Сучасний підхід до ранньої діагностики тромбогеморагічних порушень у пацієнток з підвищеним індексом маси тіла в періопераційному періоді лапароскопічної міомектомії. Клінічна анестезіологія та інтенсивна терапія. 2021;1:53–61.

97. Терехов ВА. Абдомінальні ускладнення після гінекологічних ендоскопічних операцій: діагностика та лікування. Перинатологія та репродуктологія: від наукових досягнень до практики [Електронне науково-практичне видання]. 2021;1:73–83.

98. Терехов ВА. Актуальні аспекти діагностики ургентних гнійно-запальних захворювань органів малого таза. Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П. Л. Шупика. 2020;39:81–6.

99. Терехов ВА. Вплив репродуктивного анамнезу на розвиток та перебіг позаматкової вагітності. Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П. Л. Шупика. 2020;38:90–5.

100. Терехов ВА. Гемостазіологічні аспекти після планових та ургентних лапароскопічних операцій на придатках матки Перинатологія та репродуктологія: від наукових досягнень до практики [Електронне науково-практичне видання]. 2022;2:66–71. DOI: 10.52705/2788-6190-2022-02-10

101. Терехов ВА. Медичні та соціальні аспекти позаматкової вагітності. Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П. Л. Шупика. 2020;37:105–11.

102. Терехов ВА. Особливості стану гемодинаміки і гомеостазу при гострих гінекологічних захворюваннях. Перинатологія та репродуктологія: від наукових досягнень до практики [Електронне науково-практичне видання]. 2021;3:124–31.

103. Терехов ВА. Роль комплексного оцінювання показників гемодинаміки і гомеостазу при гострих гінекологічних станах. Здоров’я жінки. 2020;8:64–8.

104. Терехов ВА. Роль ультразвукового дослідження в оцінці тазових перитонеальних спайок у пацієнток репродуктивного віку з оперативними втручаннями в анамнезі. Перинатологія та репродуктологія: від наукових досягнень до практики [Електронне науково-практичне видання]. 2021;2:54–61.

105. Терехов ВА. Сучасні аспекти ургентних ендоскопічних гінекологічних операцій. Перинатологія та репродуктологія: від наукових досягнень до практики [Електронне науково-практичне видання]. 2022;1:69–82. DOI: 10.52705/2788-6190-2022-01-7

106. Терехов ВА. Тактика відновлення репродуктивної функції жінок після ургентних операцій на яєчниках. Перинатологія та репродуктологія: від наукових досягнень до практики [Електронне науково-практичне видання]. 2022;4:70–6. DOI: 10.52705/2788-6190-2022-04-8

107. Терехов ВА. Тактика прогнозування спайкового процесу після ургентних гінекологічних операцій. Перинатологія та репродуктологія: від наукових досягнень до практики [Електронне науково-практичне видання]. 2021;4:55–60.

108. Терєхов ВА. Вплив органозберігаючих операцій на яєчниках на менструальну функцію жінок. Перинатологія та репродуктологія: від наукових досягнень до практики [Електронне науково-практичне видання]. 2022;3:38–43. DOI: 10.52705/2788-6190-2022-03-6

109. Толстанова ГО. Профілактика рецидивів міоми матки після консервативної міомектомії. 2021;9-10:94–9.

110. Тронько М, Большова О., ред. Довідник з клінічної ендокринології. Київ: Медкнига; 2020. 368 с.

111. Тучкіна ІО, Вигівська ЛА, Мальцев ГВ, уклад. Гострий живіт у гінекологічній практиці: метод. вказівка для лікарів-інтернів, лікарів акушерів-гінекологів, дитячих гінекологів, педіатрів, сімейних лікарів. Харків: ХНМУ; 2013. 45 с.

112. Хабрат БВ, Литвак ОО, Лисенко БМ, Хабрат АВ. Порівняння клінічних результатаів методик ушивання матки під час лапароскопічної міомектомії. Клінічна та профілактична медицина. 2020;1:58–69.

113. Халімончик ВВ, Клигуненко ОМ. Вплив компонентів анестезії на динаміку маркерів стресу при лапароскопічних операціях у гінекології. Медичні перспективи. 2019;24(3):33–9.

114. Халімончик ВВ, Клигуненко ОМ. Вплив низьких доз кетаміну на маркери запалення при лапароскопічних операціях у гінекології. Медицина невідкладних станів. 2019;3:156–61.

115. Халімончик ВВ. Гемодинамічні зміни при лапароскопічних операціях в гінекології. Український медичний часопис. 2019;2(3):21–2.

116. Цой АР. Лапароскопическая супрацервикальная гистерэктомия (техника трех проколов). Эндоскопическая хирургия. 2012;3:85–6.

117. Чаплинський РП, Сафонов РА, Омельченко-Селюкова АВ. Анестезіологічне забезпечення лапароскопічних гінекологічних операцій: новий погляд. Медицина невідкладних станів. 2018;8:93–7.

118. Чеханов ЮО, Гладчук ІЗ, Латій КВ. Часові критерії безпечності виконання гістерорезектоскопічної міомектомії при одиночній субмукозній міомі матки. Здобутки клінічної і експериментальної медицини. 2017;3:45–50.

119. Шевченко ЮЛ, Савельева ВС, ред. Профилактика тромбоэмболических осложнений у хирургических больных в многопрофильном стационаре: Методические рекомендации. 2014. 26 с.

120. Шитова ГВ, Гладчук ІЗ, Железов ДМ, Заржицька НА. Ускладнення лапароскопічної консервативної міомектомії. Клінічна та експериментальна патологія. 2019;18(2):168–73.

121. Шитова ГВ, Гладчук ІЗ, Заржицька НА. Лапароскопічна консервативна міомектомія у пацієнток із репродуктивними намірами (огляд літератури). Здоров'я жінки. 2020;2:80–5.

122. Шурпяк СО, Пирогова ВІ. Репродуктивне здоров'я жінок з порушеннями менструального циклу внаслідок хронічних запальних захворювань органів малого таза. Репродуктивна ендокринологія. 2016;6:29–36.

123. Юзько ОМ, Буран ВВ. Роль ендоскопії у відновленні репродуктивної функції у жінок із безпліддям. Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології. 2019;1:112–5.

124. Abulghar MA. Ultrasonographically guided transvaginal Aspiration of tuboovarian abscesses and pyosalpinges: an optional treatment for acute pelvic inflammatory disease. Am Obstet Gynecol. 2019;192(5):1501–3.

125. ACCP guidelines or antitrombotic therapy for prevention and treatment of trombosis. Chest. 2021;139(1);370–91.

126. Ahmad G, Kim K, Thompson M, Agarwal P, O'Flynn H, Hindocha A, Watson A. Barrier agents for adhesion prevention after gynaecological surgery. Cochrane Database Syst Rev. 2020 Mar 22;3(3):CD000475.

127. Anger J, Lee U, Ackerman AL. Recurrent uncomplicated urinary tract infections in women: AUA/CUA/SUFU Guideline. Urol. 2019;202(2): 282–9.

128. Ankardal M, Ekerydh A, Crafoord K. A randomized trial comparing open Burch colposuspension using sutures with laparoscopic colposuspension using mesh and staples in women with stress urinary incontinence. Brit Obstet Gynecol. 2014;116;974–81.

129. Arbogast JD, Welch RA, Riza ED. Laparoscopic assisted vaginal hysterectomy appears to be an alternative to total abdominal hysterectomy. Laporoendosc Surg. – 2014;4:185–90.

130. Argentino GLS, Bueloni-Dias FN, Leite NJ, Peres GF, Elias LV, Bortolani VC, Padovani CR, et al. The role of laparoscopy in the propaedeutics of gynecological diagnosis. Acta Cir Bras. 2019 Feb 14; 34(1):e20190010000010.

131. Asherson RA. Annotation: low molecular weight heparin (S). Brit Haematol. 2020;3:90–1.

132. Badiglian-Filho L, Menezes ANO, Faloppa CC, Fukazawa EM, Mantoan H, Kumagai LY, Baiocchi G. Intraoperative ultrasound leads to conservative management of benign ovarian tumors: A retrospective, single-center study. Rev Bras Ginecol Obstet. 2019 Nov;41(11):673–8.

133. Bajekal N, Li TC. Fibroids, infertility and pregnancy wastage. Hum Repr Update, 2020;6; 614–20.

134. Benacerraf BR, Abuhamad AZ, Bromley B, Goldstein SR, Groszmann Y, Shipp TD, et al. Consider ultrasound first for imaging the female pelvis. Am Obstet Gynecol. 2015;212(4):450–5.

135. Berkeley AS, De Cherney AH, Polan ML. Abdominal myomectomy and subsequent fertility. Surg Gynecol Obstet. 2013;186:319–22.

136. Branch DW. What's new in obstetric antiphospholipid syndrome. Hematol. 2019;1:421–5.

137. Brandt JT, Baта LK, Triplett DA. Laboratory identification of lupus anticoagulants. Thromb Haemost. 2015;94:1597.

138. Brihmer Ch, Kallings I, Nord CE, Brundin J. Second look laparoscopy; evaluation of two different antibiotic regimens after treatment of acute salpingitis. Eur Obstet Gynecol. 2019;50(3):263–74.

139. Bulas DI, Ahlstrom PA, Sivit CJ, Blask AR, O'Donnell RM. Pelvic inflammatory disease in the adolescent: comparison of transabdominal and transvaginal sonographic evaluation. Radiol. 2012;113(2):435–9.

140. Bulun SE, Lin Z, Imir G. Endometriosis. Endocr Reviews. 2019;40(4):1048–79.

141. Canis M, Mage G, Bruhart M. Is minilaparotomy an alternative to laparoscopy for the ambulatory management of ovarian cysts. Am Obstet Gynecol. 2018;175:509–10.

142. Casarin J, Cimmino C, Artuso V, Cromi A, Ghezzi F. Minilaparoscopy in gynecology: applications, benefits and limitations. Minerva Obstet Gynecol. 2021 Apr;73(2):179–84.

143. Cerovac A, Habek D, Hudić I, Kamerić L. Laparoendoscopic ovarian-sparing surgery of adnexal tumors in children and adolescents by general gynecologists: A 10-year, retrospective cohort study. Laparoendosc Adv Surg Tech. 2021 Sep;31(9):1055–60.

144. Chang BC, Lee HS, Liou SM, Liu Y, Lee WH. Bilateral tubo-ovarian actinomycosis in the presence of an intrauterine device: a case report. Chung Hua Hsueh. 2018;77(3):228–31.

145. Chapron C, Dubuisson JB, Ansquer Y. Hysterectomy for patients without vaginal delivery: results and modalities of laparoscopic surgery. Hum Reprod. 2016;30(11);2122–6.

146. Chen R, Su Z, Yang L, Xin L, Yuan X, Wang Y. The effects and costs of laparoscopic versus abdominal myomectomy in patients with uterine fibroids: a systematic review and meta-analysis. BMC Surg. 2020 Mar 20;20(1):55.

147. Chiu CS, Hwu YM, Lee RK, Lin MH. Intrauterine adhesion prevention with Malecot catheter after hysteroscopic myomectomy: A novel approach. Taiwan Obstet Gynecol. 2020 Jan;59(1):56–60.

148. Corsi PJ, Johnson SC, Gonik B, Hendrix SL, McNeeley SGJr, Diamond MP. Transvaginal ultrasound-guided aspiration of pelvic abscesses. Infect Dis Obstet Gynecol. 2009;17(5):216–21.

149. Cousins FL. Endometrial stem/progenitor cells and their role in the pathogenesis of endometriosis. Clin Obstet Gynaecol. 2018;50;27–38.

150. Dabi Y, Ouasti S, Didelot H, Wohrer H, Skalli D, Miailhe G, Uzan J, et al. Total hysterectomy by low-impact laparoscopy to decrease opioids consumption: A prospective cohort study. Clin Med. 2022 Apr 13;11(8): 2165.

151. Daniell JF, Gourley LD. Laparoscopic treatment of clinically symptomatic uterine fibroids. Gynecol Surg. 2019;17;37–40.

152. Daraiv E, Echaud H, Benifla JL. Fertility after laparoscopic myomectomy. Hum Reprod. 2015;12;1931–4.

153. De Carolis S, Tabacco S, Rizzo F. Antiphospholipid syndrome: An update on risk factors for pregnancy outcome. Autoim Rev. 2018;17(10):956–66.

154. Deval B, RafiiA, Polipot S. Prolapse in the young women: study of risk factors. Gynecol Obstet Fertil. 2012;39:673–6.

155. Dicker RC, Greenspan JR, Strauss LT. Complications of abdominal and vaginal hysterectomy among women of reproductive age in the United States. Am Obstet Gynecol. 2018;174:841.

156. Dood RL, Fleming ND, Coleman RL, Westin SN, Lara OD, LaFargue CJ, Liu J, Sood AK. When ovarian cancer is not: characterizing nonovarian cancer pathology in a laparoscopy-based triage system. Gynecol Cancer. 2018 Oct;28(8):1485-1490.

157. Dulin JD, Akers MC. Pelvic inflammatory disease and sepsis. Crit Care Nurs Clin. 2007 Mar;19(1):63–70.

158. Ebi KL, Piziali RL, Rosenberg M, Wachob HF. Evidence against tailstrings increasing the rate of pelvic inflammatory disease among IUD users. Contracept. 2013;59;25–32.

159. Elkins TE, Hopper JB, Goodfellow K, Gasser R, Nolan TE, Schexnayder MC. Initial report of anatomic and clinical comparison of the sacrospinous ligament fixation to the high McCall culdeplasty for vaginal cuff fixation at hysterectomy for uterine prolaps. Pelvic Surg. 2021;1:12–7.

160. Ezzedine D, Norwitz ER. Are women with uterine fibroids at increased risk for adverse pregnancy outcome? Clin Obstet Gynecol. 2016;59(1):119–27.

161. Farquhar CM, Sadler L, Harvey SA, Stewart AW. The association of hysterectomy and menopause: a prospective cohort study. BJOG. 2005; 112(7):956–62

162. Fernandez H, Farrugia M, Jones SE, Mauskopf JA, Oppelt P, Subramanian D. Rate, type, and cost of invasive interventions for uterine myomas in Germany, France, and England. Min Inv Gynecol. 2019;16(1):40–6.

163. Garry R, Reich H, Liu CY. Laparoscopic hysterectomy – definitions and indications. Gynaecol Endoscop. 2014;3:1l–9.

164. Geerts WH, Jay RM, Code KX, Chen E, Szalai JP, Saibi AEA, et al. A comparison of low-dose heparin with low-molecular-weight heparin as prophylaxis against venous thromboembolism after major trauma. Engl Med. 2019;365:701–7.

165. George JP. Laparoscopic management of tubo-ovarian abscess. Am Assoc Gynecol Laparosc. 2014;53(4):S12.

166. Glaser LM, Friedman J, Tsai S, Chaudhari A, Milad M. Laparoscopic myomectomy and morcellation: A review of techniques, outcomes, and practice guidelines. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2018 Jan;46:99-112.

167. Gonzalez N, Tulandi T. Cesarean scar pregnancy. a systematic review. J Minim Invasive Gynecol. 2017;24(5):731–8.

168. Grodstein F, Rothman KJ. Epidemiology of pelvic inflammatory disease. Epidemiol. 2012;13(2):234–42.

169. Grube M, Neis F, Brucker SY, Kommoss S, Andress J, Weiss M, Hoffmann S, et al. Uterine Fibroids – Current Trends and Strategies. Surg Technol Int. 2019 May 15;34:257–63.

170. Guldberg R, Wehberg S, Skovlund CW, Mogensen O, Lidegaard O. Salpingectomy as standard at hysterectomy? A Danish cohort study. BMJ Open. 2013;3(6):e002S45.

171. Hanafi M. Predictors of leiomyoma recurrence after myomectomy. Obstet Gynec. 2015;105:877–81.

172. Harris M.B.,Olive D.L. Changing hysterectomy patterns after introduction of laparoscopically assisted vaginal hysterectomy. Am Obstet Gynecol. 2016;171:340–4.

173. Harris WJ. Uterine dehiscence following laparoscopic hysterectomy. Obstet Gynecol. 2012;98:545–6.

174. Hassan HM, Rotman C, Rana N, Asakura H. Experience with laparoscopic hysterectomy. Am Assoc Gynecol Lapar. 2018;1:11–8.

175. Heinonen PK. Transvaginal sacrospinous colpopexy for vaginal vault and complete genital prolapse in aged women. Acta Obstet Gynecol Scand. 2019:91:377.

176. Henry-Suchet J. PID: clinical and laparoscopic aspects. Ann Acad Sci. 2019;919:301–8.

177. Hirsh J, Anand S, Halperin JL, Fuster V. Guide to anticoagulant therapy: Heparin. A statement for helthcare professionals from American Heart Association. Circul. 2021;103:301–8.

178. Hirsh J. Low molecular weight heparin in the treatment of patients with acute venous thromboembolism. Thromb Haemost. 2019;98:360.

179. Jung HJ, Park JY, Kim DY, Suh DS, Kim JH, Kim YM, Kim YT, Nam JH. Comparison of laparoscopic and open surgery for patients with borderline ovarian tumors. Gynecol Cancer. 2018 Nov;28(9):1657–63.

180. Karlsen K, Hrobjartsson A, Korsholm M, Mogensen O, Humaidan P, Ravn P. Fertility after uterine artery embolization of fibroids: a systematic review. Arch Gynecol Obstet. 2018; 297(1):13-25.

181. Kodikara H, McBride CA, Wanaguru D. Massive, benign, cystic ovarian tumors: A technical modification for minimally invasive resection. Pediatr Surg. 2021 Feb;56(2):417–9.

182. Konstantinides SV, Meyer G, Bueno H. ESC Guidelines for the diagnosis and management of acute pulmonary embolism developed in

collaboration with the European respiratory society (ERS). In: Oxford University Press (OUP), 2020. p. 543–603.

183. Laughlin-Tommaso SK, Khan Z, Weaver AL, Smith CY, Rocca WA, Elizabeth AS. Cardiovascular and metabolic morbidity after hysterectomy with ovarian conservation: a cohort study. Menopause. 2018;25(5): 483–92.

184. Lee DY, Park HJ, Kim BG. Bae D-S, Yoon B-K, Choi D. Change in the ovarian environment after hysterectomy as assessed by ovarian arterial blood flow indices and serum anti-Mullerian hormone levels. Eur Obstet Gynecol Reprod Biol. 2010;151(1):82–5.

185. Lee JY, Chung HH, Kang SY, Park EJ, Park DH, Son K, Han JK. Portable ultrasound-guided high-intensity focused ultrasound with functions for safe and rapid ablation: prospective clinical trial for uterine fibroids-short-term and long-term results. Eur Radiol. 2020 Mar;30(3):1554–63.

186. Lee SR. Fast Leak-Proof, Intraumbilical, Single-Incision Laparoscopic Ovarian Cystectomy for Huge Ovarian Masses: "Hybrid Cystectomy and Reimplantation" Method. Medicina (Kaunas). 2021 Jul 2;57(7):680.

187. Levine MN, Gent M, Hirsh J. Ardeparin (low-molecular-weight heparin) vs graduated compression stockings for the prevention of venous thromboembolism. A randomized trial in patients undergoing knee surgery. Arch Intern Med. 2017;156:851–6.

188. Li CB, Hua KQ. Transvaginal natural orifice transluminal endoscopic surgery (vNOTES) in gynecologic surgeries: A systematic review. Asian Surg. 2020 Jan;43(1):44-51.

189. Li Q, Fang F, Zhang C. A Self-made bag-assisted laparoendoscopic single-site surgery in ovarian teratomectomy during pregnancy. Gynecol Minim Invasive Ther. 2022 Aug 5;11(3):174–5.

190. Li T, Mortimer R. Myomectomy: a retrospective study to examine reproductive performance before and after surgery. Hum Reprod. 2020;24(7):1735-40.

191. Lin Y, Liu M, Ye H, He J, Chen J. Laparoendoscopic single-site surgery compared with conventional laparoscopic surgery for benign ovarian masses: a systematic review and meta-analysis. BMJ Open. 2020 Feb 16;10(2):e032331.

192. Liu CY, Reich H. Complications of total laparoscopic hysterectomy 518 cases. Gynaecol Endosc. 2014;33:203–8.

193. Liu CY. Laparoscopic retropubic colposuspension (Burch procedure). A review of 58 cases. Reprod Med. 2013;38:526.

194. Liu L, Wang T, Lei B. High-intensity focused ultrasound (HIFU) ablation versus surgical interventions for the treatment of symptomatic uterine fibroids: a meta-analysis. Eur Radiol. 2022 Feb;32(2):1195–204.

195. Lof P, Retèl VP, Algera MD, van Gent MDJM, Gaarenstroom KN, van Driel WJ. Clinical implementation of routine diagnostic laparoscopy to guide initial treatment in patients with advanced-stage epithelial ovarian cancer in Dutch clinical practice: Evaluation of support and a budget impact analysis. Gynecol Oncol. 2022 Jun;165(3):459–65.

196. Lui H, Song J, Zhang F, Li J, Kong W. A new hysteroscopic scoring system for diagnosing chronic endometritis. Min Invas Gynecol. 2020;27(5):1127–32.

197. Lukacz ES, Santiago-Lastra Y, Albo ME, Brubaker L. Urinary incontinence in women. A review. JAMA. 2017;318:1592–604.

198. Lush L, Walt G, Ogden J. Transferring policies for treating sexually transmitted infections: what's wrong with global guidelines? Health Policy Plan. 2020;28(l):18–30.

199. Lyon PC, Rai V, Price N, Shah A, Wu F, Cranston D. Ultrasound-guided high intensity focused ultrasound ablation for symptomatic uterine fibroids: preliminary clinical experience. Ultraschall Med. 2020 Oct;41(5): 550–6.

200. Magos A, Bournas N, Sinlia R, Lo L, Richardson R, O'Connor H. Vaginal hysterectomy for the large uterus. Brit Obstet Gynaecol. 2016;118;246–51.

201. Magos A, Bournas N, Sinlia R, Lo L, Richardson R. Transvaginal endoscopic oophirectomy. Am Obstet Gynecol. 2017;172:123–4.

202. Mann WJ, Stovall TG, eds. Gynecologic surgery. Ed. 2. 2016: Churchill Livingstone; 884 p.

203. Marret H, Fritel X, Ouldamer L. Therapeutic management of uterine fibroid tumors: updated Frenchguidelines. Eur Gynec Reprod Biol. 2012;165:156–64.

204. Martinez MEG, Domingo MVC. Size, Type, and location of myoma as predictors for successful laparoscopic myomectomy: a tertiary government hospital experience. Gynecol Minim Invasive Ther. 2018 Apr-Jun;7(2):61–5.

205. Miranda CS, Carvajal AR. Complications of operative gynecological laparoscopy. JSLS. 2012 January;7(1):53–8.

206. Mollitt DL, Dokler ML Acute abdomen. The teenage girl. Semin Pediatr Surg. 2019;18(2):100–4.

207. Molloy D, Crosdale S. National trends in gynaecological endoscopic surgery. Aust Obstet Gynaecol. 2016;56:27–31.

208. Moorman PG, Myers ER, Schildkraut JM, Iversen ES, Wang F, Warren N. Effect of hysterectomy with ovarian preservation on ovarian function. Obstet Gynecol. 2011;118(6):1271–9.

209. Morelli M, Venturella R, Mocciaro R, Di Cello A, Rania E, Lico D, et al. Prophylactic salpingectomy in premenopausal low-risk women for ovarian cancer: Primum non nocere. Gynecol Oncol. 2013;129:448–51.

210. Morikawa K, Zhang J, Nonaka M, Morikawa S. Modulatory effect of macrolide antibiotics on the Th1- and Th2-type cytokine production. Int Antimicr Agents. 2012;29(1):53–9.

211. Moro F, Bertoldo V, Avesani G, Moruzzi MC, Mascilini F, Bolomini G, Caliolo G, Esposito R, Moroni R, Zannoni GF, Fagotti A,

Manfredi R, Scambia G, Testa AC. Fusion imaging in preoperative assessment of extent of disease in patients with advanced ovarian cancer: feasibility and agreement with laparoscopic findings. Ultrasound Obstet Gynecol. 2021 Dec;58(6):916–25.

212. Nathorst-Boos J, Fuchs T, von Shoults B. Consumers attitude to hysterectomy – the experience of 678 women. Acta Obstet Gynecol Scand. 2018;71(3):230.

213. Ngan TYT, Zakhari A, Czuzoj-Shulman N, Tulandi T, Abenhaim HA. Laparoscopic and robotic-assisted hysterectomy for uterine leiomyomas: a comparison of complications and costs. Obstet Gynaecol Can. 2018 Apr;40(4):432–9.

214. Nicoletti R, Cicinelli E, De Zielger D, Colafiglio G, Saliani N, Resta L, Bellavia M. Poor reliability of vaginal and endocervical cultures for evaluating microbiology of endometrial cavity in women with chronic endometritis. Gynecol Obstet Invest. 2019;78(2):108–15.

215. Odajima S, Ueda K, Hosoya S, Tomita K, Kato S, Shoburu Y, Kawabata A, Iida Y, Yanaihara N, Okamoto A. Clinical availability of tumour biopsy using diagnostic laparoscopy for advanced ovarian cancer. In Vivo. 2021 Nov-Dec;35(6):3325–31.

216. Olsen AL. Epidemiology of surgically managed pelvic organ prolaps and urinary incontinence. Obstet Gynecol. 2017;113:501–6.

217. Olsson JH, Ellstrom M, Hahlin M. A randomized prospective trial comparing laparoscopic and abdominal hysterectomy. Brit Obstet Gynaecol. 2020;122:345–50.

218. O'Neill MJ, Rafferty EA, Lee SI, Arellano RS, Gervais DA, Hahn PF, Yoder I.C, Mueller PR. Transvaginal uterventional procedures: aspiration, biopsy, and catheter drainage. Radiogr. 2018;65(3):657–72.

219. Parley TM, Rosenberg MJ, Rowe PJ, Chen JH, Meirik O. Intra-uterine devices and pelvic inflammatory disease: an international perspective. Lancet. 2012;48:785–8.

220. Pelusa HF, Pezzarini E, Basiglio CL. Antiphospholipid and antioangiogenic activity in females with recurrent miscarriage and anti-phospholipid syndrome. Ann Clin Biochem. 2017;54(5):577–83.

221. Raju KS, Auld BJ. Laparoscopic-assisted vaginal hysterectomy with bilateral oophorectomy versus total abdominal hysterectomy and bilateral salpingooophorectomy – implications for gynecologic practice in the United Kingdom. Am Assoc Gynecol Lapar. 2017;21(2):111–5.

222. Reboul Q, Mehdi A, Chauleur C. Vaginal hysterectomy in outpatient procedure: Feasibility and satisfaction study. Gynecol Obstet Fertil Senol. 2018;46(2):65–70.

223. Reich H. Endoscopic Surgery for Gynecologists. London: Churchill, 2003. 280 p.

224. Reich H. Laparoscopic myomectomy. Obstet Gynecol. 1995;22(4): 757–80.

225. Reich HR, De Caprio J, Mc Glynn F. Laparoscopic hysterectomy. Gynecol Surg. 2003;15:213.

226. Rhodes JC. Sexual function improves following hysterectomy. JAMA. 2009;282;1934–41.

227. Rodger M, Wells PS. Diagnosis of pulmonary embolism. Thromb Res. 2019;113:225–8.

228. Romero R, Espinoza J, Mazor M. Can endometrial infection/ inflammation explain implantation failure, spontaneous abortion, and preterm birth after in vitro fertilization? Fertil Steril. 2017;102(4):799–804.

229. Roseske NC. Hysterectomy and other gynecological surgeries: a psychological view. Women's place in med psychol interfaces. 2007;1:172–80.

230. Ross JDC. Outpatient antibiotics for pelvic inflammatory disease. BMJ. 2018 Feb;322:251.

231. Rubio EM, Martinez AR, Cruz AF. Fosfomycin in antimicrobial stewardship programs. Rev Esp Quimioter. 2019;32(1):62–6.

232. Salmanov AG, Chyrva SL, Kuzomenska ML, Golianovsky OV. Surgical site infection after cesarean section in Ukraine: results a multicenter study. Wiad Lek. 2021;74(4):934–9.

233. Salmanov AG, Terekhov VA, Kutytska TV, Voloshynovych NS. Surgical site infection after laparoscopic hysterectomy for benign gynecological disease in Ukraine // Wiad Lek. 2022;75(1, p.2):251–8. DOI: 10.36740/WLek202201218

234. Salmanov AG, Terekhov VA, Voloshynovych NS, Hrynchuk OB, Rud VO, Kolesnik AV. Healthcare-associated tubo-ovairian infectious in Ukraine: Results of A Multicenter Study (2020-2022). Wiad Lek. 2022;75(8, p.2):2003–9. DOI: 10.36740/WLek202208211

235. Salmanov AG, Terekhov VA, Nagirniak S, Hafiichuk M. Infections associated with obstetric and gynecological surgeries as a cause of female infertility in Ukraine. Wiad Lek. 2022:75(7, p.2):1634–41. DOI: 10.36740/ WLek202207104

236. Sam JW, Jacobs JE, Birnbaum BA. Spectrum of CT findings in acute pyogenic pelvic inflammatory disease. Radiographics. 2020;422(6): 1327–34.

237. Samama CM, Samama MM. Prevention of venous thrombo-embolism. Congress Eur. soc. of anaest. Amsterdam, 2019. p. 39–43.

238. Scanlan KA, Propeck PA, Lee FT. Invasive procedures in the female pelvis: value of trans abdominal, endovaginal, and endorectal US guidance. Radiogr. 2017;37(2):491–506.

239. Serafini G, Gandolfo N, Gandolfo N, Gazzo P, Martinoli C, Derchi LE. Transvaginal ultrasonography of nongynecologic pelvic lesions. Abdom Imag. 2011;36(5):540–9.

240. Sharma GVRK, Schoolman M, Sasahara AA.: Diagnosis and treament of pulmonary embolism. In: Melvin M, Sheinman MD, eds. Cardiac Emergencies. WB: Saunders Company; 2014. 349 p.

241. Sharma K, Bora MK, Venkatesh BP, Barman P, Roy SK, Jayagurunathan U, et al. Role of 3D ultrasound and Doppler in differentiating clinically suspected cases of myoma and adenomyosis of uterus. Clin Diagn Res. 2015;9(4):QC08–12.

242. Sheu BC, Huang KJ, Huang SC, Chang WC. Comparison of uterine scarring between robot-assisted laparoscopic myomectomy and conventional laparoscopic myomectomy. Obstet Gynaecol. 2020 Oct;40(7):974–80.

243. Simms I, Stephenson JM, Mallinson H, Peeling RW, Thomas K, Gokhale R, Rogers PA, et al. Risk factors associated with pelvic inflammatory disease. Sex Transmit Inf. 2016;92:452–7.

244. Siragusa G, Gelarda E, Epifanio E, Geraci R, Geraci G. Video-laparoscopy in abdominal emergencies. Minerva Chir. 2009;64(4):199–204.

245. Sobkiewicz S, Palatynski A, Korczynski J. Transvaginal hydro-laparoscopy. Ginekol Pol. 2011;82(5):385–8.

246. Soderstorm RM, Johns A, Smith M, Stovall TG. Laparoscopic-assisted vaginal hysterectomy. Contemp Obstet Gynecol. 2013;58:71.

247. Song Y, Wang HY, Qiao J, Liu P, Chi HB. Antiphospholipid antibody titers and clinical outcomes in patients with recurrent miscarriage and antiphospholipid antibody syndrome: A prospective study. Chin Med. 2017;130(3):267–72.

248. Soriano D, Goldstein A, Lecuru F, Darai E. Recovery from vaginal hysterectomy compared with laparoscopy-assisted vaginal hysterectomy: a prospective, randomized, multicenter study. Acta Obstet Gynecol Scand. 2017;96(4):337–41.

249. Strassmann BI. The biology of menstruation in Home sapiens: Total lifetime menses, fecundity, and nonsynchrony in anaturalfertility population. Curr Anthropol. 2017 Feb;58(3):133–8.

250. Summitt RLJr, Stovall TG, Lipskomb JH, Ling FW. Randomized comparison of laparoscopy- assisted vaginal hysterectomy with standard

vaginal hysterectomy in an outpatient setting. Obstet Gynecol. 2012;98:895–901.

251. Summitt RLJr, Stovall TG, Steege JF, Lipscompb GH. A multi-center randomized comparison of laparoscopic assisted vaginal hysterectomy and abdominal hysterectomy candidates. Obstet Gynecol. 2018;114:197–203.

252. Teisala K, Heinonen PK, Ame R. Second laparoscopy after treatment of acute pelvic inflammatory disease. Obstet Gynecol. 2017;99(3): 343–6.

253. Testa AC, Di Legge A, Bonatti M, Manfredi R, Scambia G. Imaging techniques for evaluation of uterine myomas. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2016;34:37–53.

254. Thejls H. Silent salpingitis. Does it exist? Lakartidningen. 2019;116(8):2202–6.

255. Timor-Tritsch IE, Lerner JP, Monteagudo A, Murphy KE, Heller DS. Transvaginal sonographic markers of tubal inflammatory disease. Ultrasound Obstet Gynecol. 2018;32(1):56–66.

256. Torres-de la Roche LA, Rafiq S, Devassy R, Verhoeven HC, Becker S, De Wilde RL. Should ultrasound-guided high frequency focused ultrasound be considered as an alternative non-surgical treatment of uterine fibroids in non-asiatic countries? Clin Med. 2022 Feb 5;11(3):839.

257. Tortorella C, Piazzolla G, Matteo M, Pinto V, Tinelli R, Sabba C, Cicinelli E. Interleukin-6, interleukin-1β, and tumor necrosis factor-α in menstrual effluents as biomarkers of chronic endometritis. Fertil Steril. 2014;101(1):242–7.

258. Tranoulis A, Georgiou D, Alazzam M, Borley J. Combined laparoscopic uterine artery occlusion and myomectomy versus laparoscopic myomectomy: a direct-comparison meta-analysis of short- and long-term outcomes in women with symptomatic leiomyomas. Minim Invasive Gynecol. 2019 Jul-Aug;26(5):826–37.

259. Tsoi AS. Laparoscopic conservative myomectomy. Probl Reprod. 2015; 2:26–8.

260. Turpie AJ. New therapeutic opportunities for heparins: what does low molecular weight heparin offer? Thromb Haemost. 2020;3:l45.

261. Vdovychenko YuP, Kuzyomenska ML. Reproductive consequences of reconstructive plastic surgery for uterine leiomyoma. Pediat Obstet Gynecol. 2011;73(1):96–8.

262. Vessey MP, Villard-Mackintoch L, McPherson B, Coult-Yeats D. The epidemiology of hysterectomy: find a large cohort study. Br Obstet Gynaecol. 2019;121:402–7.

263. Vomvolaki E, Kalmantis K, Kioses E, Antsaklis A.The effect of hysterectomy on sexuality and psychological changes. Eur Contracept Reprod Health Care. 2006;11(1):23–7.

264. Wang X, Li Y. Comparison of perioperative outcomes of single-port laparoscopy, three-port laparoscopy and conventional laparotomy in removing giant ovarian cysts larger than 15 cm. BMC Surg. 2021 Apr 21;21(1):205.

265. Wang Y, Zhang S, Li C, Li B, Ouyang L. Minimally invasive surgery for uterine fibroids. Ginekol Pol. 2020;91(3):149–57.

266. Weyers S, Capmas P, Huberlant S, Dijkstra JR, Hooker AB, Hamerlynck T, Debras E, et al. Safety and Efficacy of a Novel Barrier Film to Prevent Intrauterine Adhesion Formation after Hysteroscopic Myomectomy: The PREG1 Clinical Trial. Minim Invasive Gynecol. 2022 Jan;29(1):151–7.

267. Wijeyaratne CN, Galappaththi S, Palipane E, Jayawardane D, Dodampahala SH, Tudawe MN, Gooneratne LV, et al. Pregnancy outcomes of antiphospholipid syndrome: In a low resource South Asian setting. Obstet Med. 2016 Jun;9(2):83–9.

268. Wingo PA, Huezo CM, Rubin GL, Ory HW, Peterson HB. The mortality risk associated with hysterectomy. Am Obstet Gynecol. 2009;152:803.

269. Wood C, Maher P. Laparoscopic minilaparotomy hysterectomy. Aust Obstet Gynecol. 2015;55(2):204–7.

270. Yapar EG, Ekici E, Karasahin E, Gokmen O. Sonographic features of tuberculous peritonitis with female genital tract tuberculosis. Ultrasound Obstet Gynecol. 2015;29(2):121–5.

271. Yen CF. Successful pregnancies in women with diffuse uterine leiomyomatosis after hysteroscopic management. Fertil. Steril. 2017;88(6):1667-73.

272. Zhang C, Duan K, Fang F, Wu L, Xu Q, Delgado S, Shu F, Hu L, Guan X. Comparison of transvaginal and transumbilical laparoscopic single-site surgery for ovarian cysts. JSLS. 2021 Apr-Jun;25(2):e2021.00019.

273. Zhang T, Ye X, Zhu T. Antithrombotic treatment for recurrent miscarriage: Bayesian network meta-analysis and systematic review. Med Baltim. 2015;94(45):e1732.

274. Zhao J, Liu C, Liu J, Qu P. Short-term outcomes and pregnancy rate after laparoscopic fertility-sparing surgery for borderline ovarian tumors: a single-institute experience. Gynecol Cancer. 2018 Feb;28(2):274–8.

ДОДАТКИ

Додаток А

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Видання, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації:

1. Бойко АВ, Терехов ВА. Мікробіологічні особливості запальних захворювань яєчників та маткових труб. Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П. Л. Шупика. 2018;31(2):78–82. *(Здобувачу належить ідея, збір матеріалу, обробка даних)*

2. Бойко АВ, Терехов ВА. Прогнозування розвитку кіст та доброякісних пухлин яєчників у жінок репродуктивного віку. Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П. Л. Шупика. 2019;35:62–6. *(Здобувачу належить ідея, збір матеріалу, обробка даних)*

3. Бойко АВ, Терехов ВА. Вплив органозберігальних операцій на яєчниках на менструальну функцію жінок Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П. Л. Шупика. 2019;36:64–70. *(Здобувачу належить ідея, збір матеріалу, обробка даних)*

4. Бойко ВІ, Терехов ВА. Ендоскопічне лікування невідкладних станів в гінекології: тактика та реабілітація. Здоров'я жінки. 2020;3:64–71. *(Здобувачу належить ідея, збір матеріалу, обробка та узагальнення даних)*

5. Терехов ВА. Медичні та соціальні аспекти позаматкової вагітності. Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П. Л. Шупика. 2020;37:105–11.

6. Терехов ВА. Вплив репродуктивного анамнезу на розвиток та перебіг позаматкової вагітності. Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П. Л. Шупика. 2020;38:90–5.

7. Терехов ВА. Актуальні аспекти діагностики ургентних гнійно-запальних захворювань органів малого таза. Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П. Л. Шупика. 2020;39:81–6.

8. Терехов ВА. Роль комплексного оцінювання показників гемодинаміки і гомеостазу при гострих гінекологічних станах. Здоров'я жінки. 2020;8:64–8.

9. Вдовиченко ЮП, Бойко ВІ, Терехов ВА. Діагностика і лікування абдомінальних ускладнень після гінекологічних ендоскопічних операцій. Репродуктивне здоров'я жінки. 2021;1:75–9. *(Здобувачу належить ідея, збір матеріалу, обробка та узагальнення даних)*

10. Бойко ВІ, Терехов ВА. Найближчі та віддалені результати лікування абдомінальних ускладнень після гінекологічних операцій із застосуванням ендоскопічних технологій. Репродуктивне здоров'я жінки. 2021;2:22–7. *(Здобувачу належить ідея, збір матеріалу, обробка та узагальнення даних)*

11. Терехов ВА. Абдомінальні ускладнення після гінекологічних ендоскопічних операцій: діагностика та лікування. Перинатологія та репродуктологія: від наукових досягнень до практики [Електронне науково-практичне видання]. 2021;1:73–83.

12. Терехов ВА. Роль ультразвукового дослідження в оцінці тазових перитонеальних спайок у пацієнток репродуктивного віку з оперативними втручаннями в анамнезі. Перинатологія та репродуктологія: від наукових досягнень до практики [Електронне науково-практичне видання]. 2021;2:54–61.

13. Терехов ВА. Особливості стану гемодинаміки і гомеостазу при гострих гінекологічних захворюваннях. Перинатологія та репродуктологія: від наукових досягнень до практики [Електронне науково-практичне видання]. 2021;3:124–31.

14. Терехов ВА. Тактика прогнозування спайкового процесу після ургентних гінекологічних операцій. Перинатологія та репродуктологія: від наукових досягнень до практики [Електронне науково-практичне видання]. 2021;4:55–60.

15. Терехов ВА. Сучасні аспекти ургентних ендоскопічних гінекологічних операцій. Перинатологія та репродуктологія: від наукових досягнень до практики [Електронне науково-практичне видання]. 2022;1:69–82. DOI: 10.52705/2788-6190-2022-01-7

16. Терехов ВА. Гемостазіологічні аспекти після планових та ургентних лапароскопічних операцій на придатках матки Перинатологія та репродуктологія: від наукових досягнень до практики [Електронне науково-практичне видання]. 2022;2:66–71. DOI: 10.52705/2788-6190-2022-02-10

17. Терехов ВА. Вплив органозберігаючих операцій на яєчниках на менструальну функцію жінок. Перинатологія та репродуктологія: від наукових досягнень до практики [Електронне науково-практичне видання]. 2022;3:38–43. DOI: 10.52705/2788-6190-2022-03-6

18. Терехов ВА. Тактика відновлення репродуктивної функції жінок після ургентних операцій на яєчниках. Перинатологія та репродуктологія: від наукових досягнень до практики [Електронне науково-практичне видання]. 2022;4:70–6. DOI: 10.52705/2788-6190-2022-04-8

19. Salmanov AG, Terekhov VA, Kutytska TV, Voloshynovych NS. Surgical site infection after laparoscopic hysterectomy for benign gynecological disease in Ukraine. Wiad Lek. 2022;75(1 p.2):251–8. DOI: 10.36740/WLek202201218 *(Здобувачу належить ідея, збір матеріалу, обробка даних)*

20. Salmanov AG, Terekhov VA, Voloshynovych NS, Hrynchuk OB, Rud VO, Kolesnik AV. Healthcare-associated tubo-ovairian infectious in Ukraine: Results of A Multicenter Study (2020-2022). Wiad Lek. 2022;75(8 p.2):2003–9. DOI: 10.36740/WLek202208211 *(Здобувачу належить ідея, збір матеріалу, обробка даних)*

21. Salmanov AG, Terekhov VA, Nagirniak S, Hafiichuk M. Infections associated with obstetric and gynecological surgeries as a cause of female infertility in Ukraine. Wiad Lek. 2022:75(7):1634–41. DOI: 10.36740/WLek202207104 *(Здобувачу належить ідея, збір матеріалу, обробка даних)*

Видання, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації

22. Терехов ВА. Позаматкова вагітність: сучасні медичні та соціальні аспекти. В: Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П. Л. Шупика: тези матеріалів науково-практичного семінару в форматі телемосту «Клінічні рекомендації в практиці акушера-гінеколога» (20 лютого 2020 року, Київ-Дніпро-Кривий Ріг-Запоріжжя). 2020;37:142.

23. Терехов ВА. Трубна вагітність у жінок із різним репродуктивним анамнезом. В: Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П. Л. Шупика: тези матеріалів науково-практичного семінару в форматі телемосту «Клінічні рекомендації в практиці акушера-гінеколога» (12 березня 2020 року, Київ-Тернопіль-Хмельницький). 2020;38:114.

24. Терехов ВА. Індивідуалізований підхід до діагностики ургентних гнійно-запальних захворювань органів малого таза. В: Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П. Л. Шупика: тези матеріалів науково-практичної школи-семінару в форматі телемосту «Клінічні рекомендації в практиці акушера-гінеколога» (17 вересня 2020 року, Івано-Франківськ-Чернівці-Ужгород). 2020;39:110.

25. Терехов ВА. Сучасні ризики гінекологічних ендоскопічних операцій. В: Перинатологія та репродуктологія: від наукових досягнень до практики [Електронне науково-практичне видання НУОЗ України імені П. Л. Шупика]: тези науково-практичної фахової школи-семінару з онлайн трансляцією «Клінічні рекомендації в практиці акушера-гінеколога» (24 лютого 2021 року, Дніпро-Запоріжжя). 2021;1:90.

26. Терехов ВА. Тазові перитонеальні спайки у гінекологічних хворих. В: Перинатологія та репродуктологія: від наукових досягнень до практики [Електронне науково-практичне видання НУОЗ України імені П. Л. Шупика]: тези науково-практичної фахової школи-семінару з онлайн-трансляцією «Клінічні рекомендації в практиці акушера-гінеколога» (22 квітня 2021 року, Київ-Вінниця-Житомир). 2021;2:76–7.

Додаток Б

Основні положення дисертаційної роботи та результати проведених досліджень доповідались на:

- науково-практичному семінарі в форматі телемосту «Клінічні рекомендації в практиці акушера-гінеколога» (20 лютого 2020 року, Київ-Дніпро-Кривий Ріг-Запоріжжя), тема «Позаматкова вагітність: сучасні медичні та соціальні аспекти» (доповідь, тези);
- науково-практичному семінарі в форматі телемосту «Клінічні рекомендації в практиці акушера-гінеколога» (12 березня 2020 року, Київ-Тернопіль-Хмельницький), тема «Трубна вагітність у жінок із різним репродуктивним анамнезом» (доповідь, тези);
- науково-практичному семінарі в форматі телемосту «Клінічні рекомендації в практиці акушера-гінеколога» (17 вересня 2020 року, Івано-Франківськ-Чернівці-Ужгород), тема «Індивідуалізований підхід до діагностики ургентних гнійно-запальних захворювань органів малого таза» (доповідь, тези);
- науково-практичної фахової школи-семінару з онлайн трансляцією «Клінічні рекомендації в практиці акушера-гінеколога» (24 лютого 2021 року, Дніпро-Запоріжжя), тема «Сучасні ризики гінекологічних ендоскопічних операцій» (доповідь, тези);
- науково-практичної фахової школи-семінару з онлайн трансляцією «Клінічні рекомендації в практиці акушера-гінеколога» (22 квітня 2021 року, Київ-Вінниця-Житомир), тема «Тазові перитонеальні спайки у гінекологічних хворих» (доповідь, тези).