МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ІМЕНІ П. Л. ШУПИКА

ТЕРЕХОВ ВОЛОДИМИР АНДРІЙОВИЧ

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

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

Реферат дисертації 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»)

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

Робота виконана у Медичному інституті Сумського державного університету МОН України

Офіційні опоненти:
доктор медичних наук, професор **Суханова Ауріка Альбертівна**, Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, професор кафедри акушерства, гінекології і репродуктології;
доктор медичних наук, професор **Заболотнов Віталій Олександрович**, Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради, завідувач кафедри «Сестринська справа»;
доктор медичних наук, старший науковий співробітник **Литвак Олена Олегівна**, ДНУ «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» ДУС, провідний науковий співробітник наукового відділу малоінвазивної хірургії.

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

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 (Гладчук І.З. та співавт., 2021; Ahmad G. et al., 2020). 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 (Венцківський Б.М., 2017; Bajekal N. et al., 2020).

Упровадження в клінічну практику сучасних ендоскопічних технологій підвищило ефективність лікування різних форм генітальної патології, але саме тактика окремих етапів операцій та профілактика інфекційних і тромбогеморагічних ускладнень викликає певні складності (Паращук Ю.С. та співавт., 2017; Casarin J. et al., 2021).

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 зумовлює 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’і Медичного університету Сумського державного університету МОН України «Оптимізація тактики 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 і лікувально-профілактичних заходів.

Для реалізації 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 неспецифічних засобів. Удосконалено алгоритм тактики оперативних втручань і 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 застосування 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 у 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 МОН України 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, рекомендованих МОН України, 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 й узагальнення результатів; висновків і практичних рекомендацій. Список використаних джерел включає 274 джерела, з яких 123 – кирилицею і 151 – латиною. Робота ілюстрована 47 таблицями.

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ

Об'єкт, методи та методологія досліджень. На ***першому етапі*** досліджень проведено клінічний аналіз історій хвороби 902 пацієнток (1 група) з генітальною патологією, яким проведені хірургічні втручання з використанням малоінвазивних (підгрупа 1.1, n=631) і традиційних (підгрупа 1.2, n=271) методів доступу, проаналізовано ефективність застосування малоінвазивних доступів в хірургічному лікуванні гінекологічних захворювань. Проведений порівняльний аналіз результатів використання удосконаленого способу ушивання черевної порожнини (1 основна група, n=153 – вагінальна гістеректомія (ГЕ) з використанням удосконаленої методики) і традиційно вживаних методів (1 група порівняння – вагінальна ГЕ з традиційною методикою ушивання куполу піхви, n=75). Середній вік хворих, яким була виконана лапаротомія і традиційні вагінальні ГЕ, склав 45,2±0,7 року, тобто більше половини оперованих жінок відносяться до пізнього репродуктивного і перименопаузальному віку.

Критерії включення: жінки репродуктивного і перименопаузальному віку з генітальною патологією, доброякісні новоутворення жіночих статевих органів, пролапс геніталій, безпліддя, підписання інформовано згоди на обстеження і лікування.

Критерії виключення: жінки репродуктивного і перименопаузальному віку з відсутністю генітальної патології, злоякісні новоутворення жіночих статевих органів.

Усі хворі в стаціонарі піддавалися обстеженню, яке полягало в проведенні лабораторних досліджень, УЗД, комп'ютерної томографії тощо (Бабкіна Т.М., 2017; Козуб М.М. та співавт, 2017). 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.

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). Серед малоінвазивних доступів найбільш затребуваною виявилася методика mini-site, що об'єктивно відображає хірургічні потреби гінекологічного стаціонару, на другому місці – потреба в корекції геніталій через їх опущення. 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»).

На ***другому етапі*** проведено ретро- і проспективний аналіз історій хвороби 210 пацієнток, яких було 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, групи хворих за віком суттєво не відрізняли, 2/3 хворих знаходилися в ранньому репродуктивному віці (20-39 років), середній вік складав – 33,3±3,5 року.

Критерії включення: жінки репродуктивного віку з гострими гнійними запальними захворюваннями придатків матки; гінекологічна, акушерська і хірургічна патологія, порушення менструальної функції, використання контрацепції в анамнезі; підписання інформованої згоди на обстеження і лікування.

Критерії виключення: жінки перименопаузальному віку, злоякісні новоутворення жіночих статевих органів.

Більше половини хворих звернулися протягом 6 діб з моменту появи ознак захворювання. При зверненні до стаціонару в приймальному відділенні проведено гінекологічний огляд, 153 (72,9%) пацієнткам – ультразвукове дослідження органів малого таза, усім пацієнткам виконані ЕКГ та проведено лабораторні аналізи – клінічний аналіз крові, загальний аналіз сечі.

Дослідження проводилося в два етапи: ретроспективний етап – аналіз отриманих даних на підставі вивчення історій хвороби; 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 та його ефективність. Всі отримані дані заносилися до індивідуальних карт.

Клініко-лабораторне дослідження включало стандартні методики: клінічний аналіз крові, загальний аналіз сечі, визначення групи і резус приналежності крові, реакція Вассермана і виявлення синдрому набутого імунодефіциту, мікроскопічний аналіз мазка з цервікального каналу, піхви та уретри (Катеренчук І.П., 2020).

Гінекологічний статус визначали за даними огляду зовнішніх статевих органів, дослідження піхви та шийки матки в дзеркалах, бімануального вагінального дослідження (Венцківський Б.М., 2017).

Матеріал для дослідження бактеріоскопії забирався з уретри, цервікального каналу, заднього зведення піхви. Отриманий матеріал наносився на наочні стекла та після висушування забарвлювався по Граму. Бактеріоскопія проводилася світловим мікроскопом із використанням імерсійної системи. З метою ідентифікації збудника проводилося бактеріологічне дослідження вмісту нижньої третини цервікального каналу. 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 цервікального каналу цитологічною щіточкою (Cytobrush). У разі виявлення інфекції здійснювалося її лікування з подальшим контрольним дослідженням вагінального мазка та відокремлюваного цервікального каналу (Chen R. et al., 2020).

Для визначення у жінок характеру менструального циклу 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 (Бабкіна Т.М., 2017; Козуб М.М. та співавт, 2017).

Лапароскопія проводилася по упровадженій в нашій клініці методиці (Гладчук І.З. та співавт., 2021). 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 (Венцківський Б.М., 2017). 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» (Квітка Д.М. та співавт., 2021). До неї заносилися паспортні і анамнестичні дані, методи і характер перенесеної операції, результати клінічного і спеціального методів дослідження.

Для здійснення поставлених завдань на ***третьому етапі*** були обстежені 123 пацієнтки з хронічним гнійним запаленням органів малого таза (ГЗОМТ), які увійшли до 3 групи. Середній вік пацієнток з хронічним гнійним запаленням органів малого таза (медіана) склав 37,2±3,5 року, тобто більшість усіх пацієнток (81,3%) знаходилися в репродуктивному віці, фертильність у пацієнток до настання даного захворювання не була порушена – 80,5% пацієнток мали в анамнезі пологи, безпліддя було діагностовано у 17,1%, супутня соматична патологія виявлена у 64,2%

пацієнток, у структурі супутніх гінекологічних захворювань відмічена висока частота ендометріозу (38,2%) і міоми матки (18,7%).

Критерії включення: жінки репродуктивного віку з хронічним гнійним запаленням органів малого таза; підписання інформованої згоди на обстеження і лікування.

Критерії виключення: жінки перименопаузальному віку, злоякісні новоутворення жіночих статевих органів.

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, цервікального каналу, 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 (Катеренчук І.П., 2020; Dabi Y. et al., 2022). При цьому визначали: спонтанну агрегацію; агрегацію при дії аденозіндифосфату (АДФ) 0,5 мкмоль/л на 10-й 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. Визначення антитіл-маркерів до антигенів: двоспіральній ДНК, сумарній фракції фосфоліпідів, колагену IV типу, аніонним цитоплазматичним антигенам нейтрофілів (АНКА) проводили імуноферментним методом (Катеренчук І.П., 2020; Казмирчук В.Е., 2019).

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 (Бабкіна Т.М., 2017; Козуб М.М. та співавт, 2017). 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 (Горальський Л.П. та співавт, 2015). 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. 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 кількіс-

них шкал проводили на основі непараметричного критерію Краскела-Уоллеса. Аналіз динаміки показників виконано на основі непараметричного критерію. Статистичний однофакторний аналіз ризиків цільових показників для бінарної цільової змінної здійснювали за допомогою критерію χ^2 Пірсона (Мінцер О.П., 2019). 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.

Результати досліджень та їх обговорення

І етап досліджень. Проведено клінічний аналіз історій хвороби та оцінено ефективність застосування малоінвазивних доступів хірургічного лікування 902 пацієнток (1 група) з різними гінекологічними захворюваннями: доброякісні новоутворення жіночих статевих органів, пролапс геніталій, безпліддя тощо, яких прооперовано 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).

Хворі були оперовані в плановому (516 – 81,8% осіб) та невідкладному (115 – 18,2% пацієнток) порядку. 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 лапароскопія (ЛС), у кожному четвертому 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 (Бойчук А.В. та співавт., 2020; Гладчук І.З. та співавт., 2021; Корнацька А.Г. та співавт., 2021) щодо структури малоінвазивних операцій в гінекології.

Для вибору диференційованого підходу до методів хірургічного лікування гінекологічних хворих спочатку було проаналізовано 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. За необхідності виконувалося видалення придатків, усунення спайкового процесу, проведення симультанних операцій. Показаннями до операції слугували: 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, який включав введення маткового маніпулятора, діагностичну ЛС, роз'єднання спайок, ідентифікацію сечоводів (за 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 два таких шви. Зав'язуються 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. При виконанні вагінальної ГЕ з використанням удосконаленої методики зареєстровано одне ускладнення (0,65%) – перикультіт, гематом куполу піхви не відмічено, при використанні традиційної методики 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 тиж.) 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 й 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 становила 2-5 днів, середня крововтрата – 300,1±31,6 мл. За час роботи було одне серйозне ускладнення – поранення сечового міхура, ушивання рани сечового міхура, ГЕ, хвору виписано з одужанням на 12 добу). В одному випадку в ранньому післяопераційному періоді був діагностований перикультіт.

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 підапоневротичні 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 (Голяновський О.В., 2017; Torres-de la Roche L.A.et al., 2022).

У нашому дослідженні частіше була використана лапаротомія (ЛТ) – 110 з 263 випадків (41,8%) та комбінований лапароскопічний і піхвовий доступ – 96 з 63 (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 використання такої техніки, як бісекція, міомектомія, морцеляція, коринг.

Коринг центральної частини матки як спосіб зменшення об'єму вже був описаний в літературі (Гладчук І.З. та співавт., 2021; Wang X., Li Y., 2021). 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 та 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 слугували: 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 (Корнацька А.Г. та співавт., 2021; Wang X., Li Y., 2021), 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: 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 вирішення питання щодо антианемічної терапії, здобуття документальної згоди пацієнтки на те, що у разі потреби або інтраопераційних ускладнень об'єм операції може бути розширений до ГЕ (Паращук Ю.С. та співавт., 2017; Zhang C. et al., 2021).

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 і 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 – 2-3 дні. Величина крововтрати не перевищувала 350 мл в жодному з випадків, 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 з використанням морцелятора (Гладчук І.З. та співавт., 2016). Усього було виконано 179 міомектомій, з яких частіше лапаротомним доступом – у 86 (48,0%) випадках, піхвовим доступом – у 50 і комбінованим лапароскопічним та вагінальний доступом – у 43 (24,1%) випадках. За основними показниками отримані результати виконання міомектомії комбінованим лапароскопічним і вагінальним доступом та 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 – 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 (Літвак О.О., Довгань А.А., 2018; Zhang C. et al., 2021), оскільки недостатньо віддалених результатів, хоча випадків спайкової непрохідності 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 (Корнацька А.Г. та співавт., 2021; Abulghar M.A., 2019). Проте отримані останніми роками результати виявляють не лише позитивні, але й негативні сторони використання для міомектомії лапароскопічного доступу (Паращук Ю.С. та співавт., 2017; Bajekal N., Li T.C., 2020). Причинами цього, в 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 (Хабрат Б.В. та співавт., 2020; Casarin J. et al., 2021), 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 щодо 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 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 щипцями або вікончастим затиском і виводиться в рану. За необхідності можливим є 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 (Бенюк В.О. та співавт., 2018; Cerovac A. et al, 2021) 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 (Венцківський Б.М., 2017; Chen R. et al., 2020).

Слід сказати, що дана процедура є більш складною 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 (Гладчук І.З. та співавт., 2021; Dabi Y. et al., 2022), що зумовлено рядом відомих переваг – зниженням травматичності та больового синдрому у пацієнтів у післяопераційному періоді.

Зважаючи на вищезгадані причини, актуальним стає використання мікрохірургічного інструментарію, оскільки за допомогою останнього вдається досягти кращих результатів в плані зниження травматичності порівняно зі стандартними ендовідеохірургічними методиками (Хабрат Б.В. та співавт., 2020; Daniell J.F., Gourley L.D., 2019).

Нами вивчені порівняльні аспекти різних доступів при гінекологічному пролапсі. Було виконано 115 операцій з корекції пролапсу геніталій з використанням малоінвазивних доступів. У досліджувані підгрупи входили пацієнтки з опущенням та випаданням геніталій, які вимагають хірургічного лікування. Рішення про об'єм хірургічного лікування приймалося індивідуально і, перш за все, з урахуванням 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 викорувалися 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, які активно живуть статевим життям, були потрібні більш ефективні методики операцій.

Добрі результати надало 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 проведено хірургічне лікування з використанням комбінації вагінального і лапароскопічного доступів.

Спочатку виконується вагінальна ГЕ стандартним способом з використанням звичайного шовного матеріалу. На наступному етапі 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 вони були виконані поєднано з вагінальною ГЕ. За наявності пролапсу передньої стінки в 12 випадках виконувалася меш-пластика (3 випадки) передньої стінки піхви і передня вагінальна екстраперитонеальна реконструкція тазового дна (9 операцій). У 8 пацієнток зі стресовим нетриманням сечі хірургічне лікування доповнювалося антистресовим.

Всі операції виконувалися під ендотрахеальним наркозом. Тривалість операції залежала від кількості методик (етапів), що виконувалися у кожному конкретному випадку. Середній вік хворих склав 47,4±3,2 року. Інтраопераційних ускладнень не було. В 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 покращення 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 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 ані 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 прикріп-

лення 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, зумовлений, 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 місцями проведення сітчастого протеза (Бойчук А.В. та співавт., 2020). 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 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.

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 (Голяновський О.В. та співавт., 2017; Elkins T.E. et al., 2021; Hirsh J. et al., 2021).

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 опитування 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 психологічного супроводу.

Вельми показовою є скарга на порушення сечовипускання, що веде до лікування, особливо при пролапсі. Після операції порушення сечовипускання зберігалося у 14,8% жінок, яких прооперовано з використанням сітчастих імплантатів, і в 53,3% після традиційної кольпоррафії (критерій χ^2=3,22, тобто наближається до достовірного). То ж саме відноситься до «відчуття дискомфорту» в області промежини, яке збереглося в 11,4% після операцій з використанням сучасних методик і в 40,0% 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 важких речей в повсякденному житті, значні обмеження виникали у 13,0% жінок інноваційної 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%).

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 нерівномірно і непрямолінійно. Проте, якість життя у жінок, що перенесли втручання з використанням інноваційних методів, є вищою. 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 диференційований 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 рекомендувати удосконалений алгоритм для широкого використання в практичній охороні здоров’я.

ІІ етап досліджень. Для вирішення мети та завдань другого 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.

Згідно даним анамнезу встановлено, що кожна третя пацієнтка 2 основної групи і 2/3 пацієнтки 2 групи порівняння мали в анамнезі захворювання, які передаються статевим шляхом, що також вказано у сучасній літературі (Вовк І.Б. та співавт., 2019; Kodikara H. et al., 2021). 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 (Паращук Ю.С. та співавт., 2017; Konstantinides S.V. et al., 2020). Так, за нашими даними частіше зустрічались порушення менструальної функції (25,7%) та патологія шийки матки (15,2%).

У кожної третьої хворої виявлялися порушення менструальної функції, серед яких найчастіше зустрічалися альгоменорея, поліменорея, а також порушення ритму менструацій. 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 застосовували різні методи контрацепції. Найчастіше використовували 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. Кожна третя пацієнтка 2 основної групи і 2/3 пацієнтки 2 групи порівняння мали в анамнезі захворювання, що передаються статевим шляхом, 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. У представлених даних звертає 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.

Отже, представлені дані свідчать про те, що порівнювані групи істотно не відрізнялися ані за віком, ані за характером перенесених захворювань.

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 прово-

дилося 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 5 років страждали 83 (70,3%) пацієнтки.

На підставі даних анамнезу, загального і гінекологічного статусу, а також результатів додаткових 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%) розпочато комплексну інфузійну, антибактеріальну, протизапальну, дезінтоксикаційну терапію. 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 перервалася, 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 (38,3%) піосальпінкси, 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 (Вовк І.Б. та співавт.,

2019; Li C.B., Hua K.Q., 2020). 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, сальпінго-оваріолізис і санації малого таза. 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, в 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 двох діб у 6 (8,5%) пацієнток, до трьох 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 (Венцківський Б.М., 2017), 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, Micrococcus 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 отримання 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 хро-

нічного 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.

При проведенні оцінки структури об'єму операцій під час екстреної та динамічної ЛС 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 дванадцяту добу після ЛС. В той же час, при підозрі 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 решти 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 сьому 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 купіру-

ванню болю і ознак роздратування очеревини (Паращук Ю.С., 2017; Liu L. et al., 2022). 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 покращення 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 виконати 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'язував 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 й 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 двох спостереженнях у хворих 2 основної групи зафіксований перехід до ЛТ.

Віддалені наслідки органозберігаючих операцій з приводу ГГЗДМ є предметом чисельних наукових досліджень (Голяновський О.В. та співавт., 2022; Moro F. et al, 2021). 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 наявністю ехографічних ознак овуляції (домінантний фолікул, вільна рідина в малому тазі, візуалізація жовтого тіла) виявлений у більшості обстежених (в 173 з 180 – 96,1%) 2 основної групи. У 3,9% пацієнток зареєстровано монофазний МЦ.

Отримані 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 відмічена більша кількість спостережень з різними змінами менструальної функції.

Після перенесених операцій з приводу запальних захворювань придатків матки у пацієнток 2 основної групи через 2,5-3,0 роки було встановлено, що 79 (43,8%) з них застерігаються 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. Дві хворі 2 основної групи для настання вагітності через 1,5 років після операції вдалися 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. Отже, після органозберігаючих операцій, здійснених лапароскопічним доступом, вагітність настала в 37,3% хворих, але доносили вагітність лише 15 (20,0%) з 75.

При лапаротомічному доступі й 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 даної групи 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 тазі та виконанням операції лапаротомічним доступом. Не дивлячись на невисоку частоту пологів у пацієнток, що оперуються з приводу ГГЗДМ, все ж 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 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.

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 зафіксо-

вано 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 вагітності, що настали після лікування тубооваріального абсцесу, завершилися мимовільним викиднем.

Рецидиви запального процесу виникали лише у 11,7%пацієнток з ускладненими формами ГГЗДМ 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 зумовлені 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 (Квітка Д.М. та співавт., 2021). «Заходами» якості життя вважають психологічні, соціальні та функціональні аспекти життя, пов'язані із захворюванням. У медичних дослідженнях якості життя виділяють три найбільш важливих компонента: оцінку функціональних можливостей пацієнтки, оцінку суб'єктивного сприйняття свого здоров'я, а також оцінку симптомів захворювання. У нашому дослідженні використовувалася методика, що охоплює 5 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 п'ятибальній системі по мірі його інтенсивності: 1 – незначне інколи; 2 – незначне завжди; 3 – середнє; 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. Зниження фізичної активності на 4-5 балів відзначали 6 (6,4%) хворих, 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 1-1,5 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, яку було прооперовано 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.

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 1 рік у 19 (20,2%) пацієнток. 5 (5,3%) хворих впродовж 2-2,5 років вказували на зміни психічного стану, відповідні 2-3 балам. З них 1 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 міжособистісних 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 (Пирогова В.І., 2022). 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 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 відчували 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.

До моменту операції всі пацієнтки без винятку відзначили незадовільний 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). Дві спостережувані скаржились на періодичні болі в нижніх відділах живота, а також пов'язували їх 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, яких прооперовано лапаротомічним доступом, швидкість відновлення досліджуваних параметрів була нижчою – 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 алгоритм покращує результати органозберігаючих операцій при запальних процесах репродуктивної системи, що дозволяє рекомендувати їх впровадження 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 та їх подальші ускладнення: параметрит, панметрит, гнійні свищі різної локалізації, екстрагенітальні абсцеси (Паращук Ю.С. та співавт., 2017; Olsson J.H. et al., 2020).

Середній вік пацієнток з хронічним гнійним запаленням органів малого таза складав 37,2±3,5 року. У структурі супутніх гінекологічних захворювань 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, 12 (9,8%) – на тлі наявних хронічних запальних захворювань придатків матки, 8 (6,5%) випадках – після різних

гінекологічних операцій. В решті 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 в 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.

Тобто, результати проведеної клінічної характеристики свідчать, що усі параметри відповідають поставленій меті та завданням дослідження.

Результати проведених досліджень свідчать, що стан під час госпіталізації 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 – у 78 (63,4%), гнійний ендоміометрит – у 15 (12,2%) і панметрит – у 23 (18,7%) хворих (у 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 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 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, 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 спосте-

рігався 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 за стандартною формулою (Венцківський Б.М., 2017). 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.

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) (Паращук Ю.С. та співавт., 2017).

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%.

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 с 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, які знижують показник (максимальну амплітуду на АДФ), оскільки володіють властивістю зниження активності тромбоцитів, що широко використовується в медичній практиці (Катеренчук І.П, 2020).

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 однієї хворої з наявністю двох пологів в анамнезі і без інших ознак дисплазії сполучної тканини).

Можливо, це пов'язано з аутоімунним пошкодженням тканини колагену у пацієнток з ГЗОМТ. При цьому нами прослідковувалася 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 (медіана) склала, в середньому, 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 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 «просочуватися» 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 фізіологічних значень в 23,1%), при цьому прослідковувалася 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 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.

Відомо, що будь-які операції і, особливо, операції на органах малого таза призводять до придаткового зрушення у бік гіперкоагуляції, тим більше у хворих з нагноєннями, 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 та 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.

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.

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; дезагрегеганти (трентал, курантіл) – сприяли поліпшенню властивостей реологій крові; 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 двох до семи днів). Оптимальною для операції 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 індивідуальним 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 було поєднане ушкодження – двобічне ушкодження придатків, панцелюліт, гнійні свищі.

Середня крововтрата (медіана) склала 200 мл. Інтраопераційно проводилася інфузійна терапія, в тому числі в 64,2% випадків – трансфузії свіжозамороженої плазми, переливання еритроцитарної маси було потрібно лише в 2 (1,6%) випадках у пацієнток з 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 тромбовані 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; застосування 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 потребували корекції гемостазіологічних порушень і проведення специфічної і неспецифічної профілактики тромбоемболічних ускладнень, небезпека яких зростала на третю добу післяопераційного періоду. Використання програми корекції гемостазіологічних порушень в комплексному лікуванні дозволило уникнути тромбоемболічних ускладнень (всі пацієнтки виписані зі стаціонару на десятудванадцяту 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 впроваджувати 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 порушень репродуктивного здоров’я у післяопераційному періоді, що дозволяє рекомендувати його для використання в закладах 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 сальпінгооваріолізисом – 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 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 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 та узагальнення 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 та узагальнення 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 та узагальнення 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.

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»). Київ: 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.

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 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»). Kyiv: 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.

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 salpingo-ovariolizis – 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 largenesses 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 УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

АДФ – аденозіндіфосфат
ВМК – внутрішньоматкова контрацепція
ГГЗДМ – гострі гнійні захворювання придатків матки
ГЗОМТ – гнійне запалення органів малого таза
ГЕ – гістеректомія
ЛІІ – лейкоцитарний індекс інтоксикації
ЛС – лапароскопія
ЛТ – лапаротомія
МЦ – менструальний цикл
ШМ – шийка матки
ШОЕ – швидкість осідання еритроцитів