

Діагностика і лікування абдомінальних ускладнень після гінекологічних ендоскопічних операцій

Ю.П. Вдовиченко¹, В.І. Бойко², В.А. Терехов²

¹Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика
(Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика), м. Київ

²Медичний інститут Сумського державного університету МОН України

Мета дослідження: аналіз результатів повторних лапароскопій у пацієнток гінекологічного профілю з підозрою на внутрішньочеревні післяопераційні ускладнення.

Матеріали та методи. У дослідженні брали участь 42 пацієнтки (середній вік – $46 \pm 11,3$ року), у яких післяопераційні абдомінальні ускладнення після хірургічного втручання з приводу різних гінекологічних захворювань потребували повторних операцій. Залежно від способу повторного втручання пацієнтки розподілені на дві групи: основну ($n=20$) – жінки, в яких для корекції післяопераційних ускладнень використовували тільки лапароскопію; контрольну ($n=22$) – жінки, в яких для корекції післяопераційних ускладнень у ході діагностичної лапароскопії були визначені показання до релапаротомії. У 8 пацієнток контрольної групи відразу виконано релапаротомію.

Усім пацієнткам проводили комплексне обстеження із застосуванням клінічних, інструментальних і лабораторних методів дослідження. Групи були однорідними за віком і структурою операцій, виконаних на органах малого таза, та статистично зіставними. **Результати.** У ході дослідження проаналізовані результати повторних лапароскопій у 34 пацієнток гінекологічного профілю з підозрою на внутрішньочеревне післяопераційне ускладнення. У всіх пацієнток основної групи (47,6%) лапароскопія виявилась єдиним і кінцевим методом лікування післяопераційних ускладнень, при цьому у 7 жінок використовували повторні релапароскопії від 2 до 4 разів, а у 13 – лапароскопію проведено однократно. У групі контролю (52,3%) 10 пацієнткам у ході діагностичної лапароскопії були визначені показання до релапаротомії, у 4 пацієнток можливості операційної бригади і лапароскопічної техніки дозволили виконати деякі елементи операції і завершити її мінілапаротомічним доступом, а у 8 пацієнток відразу виконано релапаротомію.

У структурі ранніх абдомінальних ускладнень преvalюють перитоніт і внутрішньочеревні кровотечі. Застосування відеолапароскопічної методики дозволило у 28,6% хворих з розлитим перитонітом успішно ліквідувати розвинене ускладнення, усунути його джерело і провести санацію черевної порожнини. Лапароскопічний гемостаз успішно виконано у 7 пацієнток.

Порівняно зі стандартною, використання відеоендоскопічної методики дозволило покращити показники діагностичної цінності: збільшити в 1,07 разу рівень чутливості, в 1,39 разу – специфічності і в 1,11 разу – точності діагностики.

Заключення. Загалом у ранній післяопераційний період з приводу підозрюваних ускладнень виконано 47 релапароскопій, що пояснюється проведенням програмованих санацій черевної порожнини і застосуванням динамічної лапароскопії для контролю перебігу внутрішньочеревного ускладнення. На підставі аналізу досліджуваного матеріалу було запропоновано загальні показання і протипоказання до проведення релапароскопій у ранній післяопераційний період з метою діагностики і лікування післяопераційних ускладнень.

Обґрунтовуючи кожний з пунктів, автори керувались реальними можливостями методів у загальній клінічній практиці, які у низці випадків поступають за своєю ефективністю релапаротомії.

Ключові слова: лапароскопія, лапаротомія, ендоскопічна хірургія, абдомінальні ускладнення, параметри діагностичної цінності.

Diagnostics and treatment of abdominal complications after gynecological endoscopic operations

Yu.P. Vdovichenko, V.I. Boyko, V.A. Terehov

The objective: to analyze the results of repeated laparoscopy in gynecological patients with suspected intraperitoneal postoperative complications.

Materials and methods. The study involved 42 patients (mean age $46 \pm 11,3$ years), in whom postoperative abdominal complications after surgical treatment of various gynecological diseases required repeated operations. Depending on the method of re-intervention, the patients were divided into 2 groups: the main group ($n=20$) – women who only used laparoscopy to correct postoperative complications; control ($n=22$) – women who were given indications for relaparotomy to correct postoperative complications during diagnostic laparoscopy. Relaparotomy was performed in 8 patients of the control group. All patients underwent a comprehensive examination using clinical, instrumental and laboratory research methods. The groups were homogeneous in terms of age and structure of operations performed on the pelvic organs, and statistically comparable.

Results. During the study, the results of repeated laparoscopy of 34 gynecological patients with suspected intraperitoneal postoperative complications were analyzed. In all patients of the main group (47,6%), laparoscopy was revealed as the only and final method of treatment of postoperative complications, while in 7 women repeated relaparotomy was used from 2 to 4 times, and in 13 women laparoscopy was performed once. In the control group (52,3%), 10 patients during diagnostic laparoscopy were exposed to indications for relaparotomy, in 4 patients the capabilities of the operating team and laparoscopic technique allowed performing some elements of the operation and completing it with a minilaparotomy approach, and 8 patients underwent relaparotomy immediately.

Peritonitis and intraperitoneal bleeding prevail in the structure of early abdominal complications. The use of the video laparoscopic technique made it possible in 28,6% of patients with diffuse peritonitis to successfully eliminate the developed complication, eliminate its source and sanitize the abdominal cavity. Laparoscopic hemostasis was successfully performed in 7 patients.

Compared with the standard, the use of video endoscopic technique allowed improving the indicators of diagnostic value: to increase the sensitivity level by 1,07 times, specificity by 1,39 times and diagnostic accuracy by 1,11 times.

Conclusion. In general, in the early postoperative period, 47 relaparoscopies were performed for suspected complications, which is explained by programmed abdominal sanitization and the use of dynamic laparoscopy to control the course of intraperitoneal complications. Based on the analysis of the material under study, we proposed general indications and contraindications for relaparotomy in the early postoperative period in order to diagnose and treat postoperative complications. Justifying each of the points, we were guided by the real possibilities of the method in general clinical practice, which in some cases are inferior in their effectiveness to relaparotomy.

Keywords: laparoscopy, laparotomy, endoscopic surgery, abdominal complications, parameters of diagnostic value.

Диагностика и лечение абдоминальных осложнений после эндоскопических гинекологических операций

Ю.П. Вдовиченко, В.И. Бойко, В.А. Терехов

Цель исследования: анализ результатов повторных лапароскопий у пациенток гинекологического профиля с подозрением на внутрибрюшные послеоперационные осложнения.

Материалы и методы. В исследовании участвовали 42 пациентки (средний возраст – $46 \pm 11,3$ года), у которых послеоперационные абдоминальные осложнения после хирургического лечения различных гинекологических заболеваний потребовали повторных операций. В зависимости от способа повторного вмешательства пациенток разделили на две группы: основная ($n=20$) – женщины, которым для коррекции послеоперационных осложнений применяли только лапароскопию; контрольная ($n=22$) – женщины, которым для коррекции послеоперационных осложнений в ходе диагностической лапароскопии были определены показания к релапаротомии. У 8 пациенток контрольной группы сразу выполнена релапаротомия.

Всем пациенткам проводили комплексное обследование с применением клинических, инструментальных и лабораторных методов исследования. Группы были однородными по возрасту и структуре операций, выполненных на органах малого таза, и статистически сравнимыми.

Результаты. В ходе исследования проанализированы результаты повторных лапароскопий у 34 пациенток гинекологического профиля с подозрением на внутрибрюшное послеоперационное осложнение. У всех пациенток основной группы (47,6%) лапароскопия явилась единственным и конечным методом лечения послеоперационных осложнений, при этом у 7 женщин применяли повторные релапароскопии от 2 до 4 раз, а у 13 – лапароскопия проведена однократно. В группе контроля (53,3%) 10 пациенткам в ходе диагностической лапароскопии были определены показания к релапаротомии, у 4 пациенток возможности операционной бригады и лапароскопической техники позволили выполнить некоторые элементы операции и завершить ее мини-лапаротомическим доступом, а у 8 пациенток сразу выполнена релапаротомия. В структуре ранних абдоминальных осложнений преобладают перитонит и внутрибрюшные кровотечения. Применение видеолапароскопической методики позволило у 28,6% больных с разлитым перитонитом успешно ликвидировать развившееся осложнение, устранить его источник и провести санацию брюшной полости. Лапароскопический гемостаз успешно выполнен у 7 пациенток.

По сравнению со стандартной, применение видеоэндоскопической методики позволило улучшить показатели диагностической ценности: повысить в 1,07 раза уровень чувствительности, в 1,39 раза – специфичности и в 1,11 раза – точности диагностики.

Заключение. В общем в ранний послеоперационный период по поводу подозреваемых осложнений выполнено 47 релапароскопий, что объясняется проведением программированных санаций брюшной полости и применением динамической лапароскопической методики для контроля течения внутрибрюшного осложнения. На основании анализа исследуемого материала были предложены общие показания и противопоказания к проведению релапароскопий в ранний послеоперационный период с целью диагностики и лечения послеоперационных осложнений.

Обосновывая каждый из пунктов, авторы руководствовались реальными возможностями методов в общей клинической практике, которые в ряде случаев уступают по своей эффективности релапаротомии.

Ключевые слова: лапароскопия, лапаротомия, эндоскопическая хирургия, абдоминальные осложнения, параметры диагностической ценности.

Останніми десятиліттями лапароскопічна хірургія стрімко поширюється у сучасній гінекології. Основною перевагою малоінвазивних операцій є низька травматичність, що дозволяє зменшити число ускладнень, покращити перебіг післяопераційного періоду, знизити термін перебування у стаціонарі та тимчасової втрати працездатності [1]. Розвиток лапароскопічної хірургії в гінекології дозволяє значно розширити спектр втручань і покращити їхні результати.

Сьогодні не викликає сумнівів діагностична цінність лапароскопії, а спектр гінекологічних операцій, які виконують за її допомогою, все більше розширюється. Сучасна лапароскопічна техніка дозволяє проводити дослідження як під час планового обстеження, так і виконувати операції при невідкладних загрозливих станах (позаматкова вагітність, апоплексія яєчника, запальні захворювання органів малого таза (ОМТ), перекрут ніжки пухлини чи пухлиноподібного ураження яєчника, субсерозна міома), а також з метою диференціальної діагностики гострої хірургічної та гінекологічної патології.

Оскільки патологія часто виникає у жінок репродуктивного віку, ця проблема має не тільки медичне, але й соціальне значення, що диктує необхідність пошуку таких методів профільного хірургічного лікування, які б дозволили максимально зберегти уражений орган, запобігти розвитку вираженого спайкового процесу у черевній порожнині і, отже, зберегти репродуктивну функцію жінки [2].

Лапароскопія – огляд органів черевної порожнини за допомогою ендоскопа, уведеного через передню черевну стінку. Незважаючи на те що сучасні способи візуальної діагностики (ультразвук, комп'ютерна томографія) здебільшого можуть замінити лапароскопію, останніми роками спостерігають тенденцію до більш широкого та раннього застосування лапароскопічної діагностики під час обстеження пациенток гінекологічного профілю. Цей метод дає змогу провести диференціальну діагностику захворювань жіночих статевих органів, максимально точно оцінити характер і поширеність патологічного процесу. За допомогою лапароскопії можна виявити патологію, яку неможливо запідозрити, орієнтую-

чись на скарги хворої, а інколи і на результати інших методів дослідження [3].

Ендоскопічне дослідження ОМТ складається з декількох етапів: пункція черевної порожнини та створення пневмоперитонеуму; введення троакарів і лапароскопа; огляд органів черевної порожнини; виконання різноманітних маніпуляцій; видалення лапароскопа та виведення газу з черевної порожнини. Для забезпечення максимально ефективної діагностики лікар повинен знати принципи, переваги і обмеження кожного дослідження, щоб обирати метод відповідно до індивідуальних особливостей хворої. Ендоскопічні лікувально-діагностичні методи належать до малоінвазивних напрямків у хірургії і є прикладом того, як досягнення в науці та технічний прогрес привели до кардинальних змін при лікуванні багатьох хвороб [4].

До сьогодні ендоскопічна хірургія нерідко піддається критиці, а противники лапароскопічного доступу як один з основних аргументів наводять відомості про більшу кількість ускладнень під час та після лапароскопічних втручань порівняно з операціями, виконаними шляхом лапаротомії. Ситуація, що склалася у гінекологічній лапароскопії, диктує необхідність вирішення низки актуальних питань, пов'язаних з ускладненнями лапароскопії у гінекології.

Як свідчить статистика, порівняно з класичною хірургічною операцією відсоток ускладнень при лапароскопії значно нижчий [5–7]. Однак можливі все-таки поранення внутрішніх органів і пошкодження кровоносних судин із подальшою кровотечею, виникнення запальних процесів і непрохідність кишечника у післяопераційний період. Ці ускладнення виникають за наявності масивного спайкового процесу у черевній порожнині і малому тазі.

Післяопераційним ускладненням вважають новий патологічний стан, не характерний для нормального перебігу післяопераційного періоду, який не є наслідком прогресування основного захворювання, з приводу якого відбувалось оперативне втручання і яке потребувало додаткового лікування (оперативного і медикаментозного), що подовжило термін перебування пацієнта у стаціонарі [4]. Післяопераційне ведення хворих ґрунтується на моніторингу серцево-судинної,

Структура ранніх післяопераційних абдомінальних ускладнень

| Характер ускладнень | Група | | | |
|-----------------------------|---------------|------|------------------|------|
| | Основна, n=20 | | Контрольна, n=22 | |
| | Абс. число | % | Абс. число | % |
| Післяопераційний перитоніт | 12 | 60,0 | 11 | 50,0 |
| Абсцеси черевної порожнини | 1 | 5,0 | 2 | 9,0 |
| Рання кишкова непрохідність | 2 | 10,0 | 3 | 13,6 |
| Внутрішньочеревні кровотечі | 5 | 25,0 | 6 | 27,2 |
| Усього | 20 | 100 | 22 | 100 |

дихальної, сечовивідної систем, лабораторних даних. Частота післяопераційних ускладнень знижується при повноцінному обстеженні, правильно встановленому діагнозі, обґрунтованому об'ємі оперативного втручання, оцінюванні загального стану хворої, адекватній передопераційній підготовці [8].

Незважаючи на постійне вдосконалення діагностичного приладдя, лікарське забезпечення і новітні прийоми оперативних втручань, не завжди вдається уникнути розвитку післяопераційних абдомінальних ускладнень, які потребують виконання повторних операцій. Частота повторних втручань коливається, за даними різних авторів, від 0,9 до 14,3% до загального числа операцій на органах черевної порожнини [2, 7, 8].

Особливо важливо передбачити можливі ускладнення, прогнозувати їх до здійснення оперативного втручання. Знання причин ускладнень лапароскопії в гінекології сприятиме розробленню дієвих заходів профілактики, а в разі виникнення ускладнень – своєчасній і раціональній тактиці дій хірурга при їхній діагностиці та корекції. У зв'язку з цим представляється актуальним дослідження, присвячене вивченню й аналізу ускладнень лапароскопії в гінекології, для підвищення ефективності та безпеки лапароскопічних втручань.

Мета дослідження: аналіз результатів повторних лапароскопій у пацієнток гінекологічного профілю з підозрою на внутрішньочеревні післяопераційні ускладнення.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

У ході дослідження проаналізовано результати хірургічного лікування 42 пацієнток, у яких післяопераційні абдомінальні ускладнення різних гінекологічних захворювань потребували повторних операцій. До ранніх внутрішньочеревних ускладнень віднесли ті ускладнення, які виникли у післяопераційний період і були пов'язані з втручанням, проведеним з приводу основного захворювання. За терміном вони співпадали за часом відразу після оперативного втручання і до виписки зі стаціонару. Вік пацієнток коливався від 20 до 75 років (середній вік – $46 \pm 11,3$ року).

Залежно від способу повторного втручання пацієнтки розподілені на дві групи:

- основна (n=20) – жінки, у яких для корекції післяопераційних ускладнень використовували тільки лапароскопію;
- контрольна (n=22) – жінки, у яких для корекції післяопераційних ускладнень у ході діагностичної лапароскопії були визначені показання до релапаротомії. У 8 пацієнток контрольної групи відразу виконано релапаротомію.

Усім пацієнткам проводили комплексне обстеження із застосуванням клінічних, інструментальних і лабораторних методів дослідження. У всіх хворих комплексно вивчали історію хвороби, антропометричні показники, особливості виконання оперативного втручання, перебіг післяопераційного періоду, а також проводились додаткові дослідження щодо функціонального стану органів і систем. Групи були однорідними за віком і структурою операцій, виконаних на органах малого таза, та статистично зіставними.

Математичне і статистичне оброблення отриманих даних проводили за допомогою пакета статистичних програм

Microsoft Office Excel і «Statistica». Оцінювання статистичної значущості відмінностей проводили із застосуванням параметричного t-критерію Стьюдента для незалежних вибірок.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Усі післяопераційні абдомінальні ускладнення у 42 пацієнток гінекологічного профілю потребували повторних операцій. Проаналізовано результати повторних лапароскопій у 34 пацієнток обох обстежуваних груп, у 8 пацієнток контрольної групи відразу виконано релапаротомію.

У зв'язку із виниклими внутрішньочеревними ускладненнями повторні операції виконували у різні терміни від моменту їхнього діагностування (від декількох годин до 14 діб) після першої операції. Несприятливий перебіг післяопераційного періоду вимагав виконання додаткових лікувальних і діагностичних заходів. Екстремними показаннями до повторної операції вважали наявність поширеного післяопераційного перитоніту і внутрішньочеревної кровотечі, терміновими – при абсцесах черевної порожнини і симптомах ранньої спайкової кишкової непрохідності. Передопераційну підготовку у формі інтенсивної консервативної терапії проводили протягом 3–24 год

Структуру ранніх внутрішньочеревних ускладнень, з приводу яких виникла необхідність в активній хірургічній тактиці, представлено у табл. 1.

У всіх пацієнток основної групи (47,6%) лапароскопія виявилась єдиним і кінцевим методом лікування післяопераційних ускладнень. При цьому у 7 (16,6%) жінок використовували повторні релапароскопії від 2 до 4 разів, а у 13 (30,9%) – лапароскопію проведено однократно.

У 10 (23,8%) пацієнток контрольної групи у ході діагностичної лапароскопії були визначені показання до релапаротомії. У 4 пацієнток можливості операційної бригади і лапароскопічної техніки дозволили виконати деякі елементи операції і завершити її мінілапаротомічним доступом, зменшуючи інвазивність повторної операції. У 8 пацієнток контрольної групи з виявленою післяопераційною патологією, яка вимагала хірургічного втручання, відразу виконано релапаротомію. Отже, в групі контролю однократну релапаротомію проведено у 16 (38,1%) хворих, двократну – у 5 (11,9%), трикратну – в 1 (2,4%).

У структурі ранніх абдомінальних ускладнень після операції найчастіше спостерігався післяопераційний перитоніт – 23 (18,8%) випадки. Клінічно об'єктивних ранніх ознак післяопераційного перитоніту, що розвивався, виявити не вдалося. Діагностувати розлитий, прогресуючий післяопераційний перитоніт найчастіше вдавалось за допомогою ультразвукового і рентгенологічного методів. Відеолапароскопічну методику для діагностики і лікування післяопераційного перитоніту використовували у 20 пацієнток. Отже, застосування лапароскопії дозволило у 28,6% хворих з розлитим перитонітом успішно ліквідувати розвинене ускладнення, усунути його джерело і провести санацію черевної порожнини.

Післяопераційні кровотечі відзначено у 11 (26,2%) спостереженнях. Серед кровотеч у ранній післяопераційний період

Показання і протипоказання до проведення релaparоскопії у ранній післяопераційний період за наявності післяопераційних ускладнень

| Показання | Протипоказання |
|--|--|
| Наявність вільної рідини у черевній порожнині у поєднанні зі стійким больовим синдромом і клінічними ознаками розвитку післяопераційного інтраабдомінального ускладнення | <i>Абсолютні</i> |
| | Тяжкий і нестабільний стан хворої, зумовлений глибокими порушеннями функцій життєво важливих органів і систем |
| Наявність обмеженого внутрішньочеревного рідинного утворення з відповідною клінічною картиною при неможливій його санації під контролем УЗД | Наявність супутньої патології, яка є протипоказанням для інтубаційного наркозу і не дозволяє проведення пневмоперитонеуму |
| Наявність ознак ранньої внутрішньочеревної кровотечі середньої і малої інтенсивності | Інтенсивна внутрішньочеревна кровотеча, коли для швидкого виявлення її джерела і спинення необхідна екстрена релaparотомія |
| | <i>Відносні</i> |
| Особливості первинного хірургічного втручання і необхідність здійснення візуального контролю у разі високого ризику розвитку ускладнень | Масивний спайковий процес у черевній порожнині |
| | Декомпенсована кишкова непрохідність |

частіше спостерігались кровотечі з культі придатків, троакарних ран і позачеревні кровотечі (10 спостережень). В одному випадку джерело кровотечі не встановлено. Лапароскопічний гемостаз успішно виконано у 7 пацієнок: 2 випадки кровотечі у позачеревну порожнину, 2 – із троакарної рани, 1 – з культі воронкогазової зв'язки, 2 – з культі яєчника. Слід відзначити, що відеоендоскопічні технології застосовували у пацієнок із малою і середньою інтенсивністю кровотеч. Профузну, інтенсивну кровотечу, яка потребувала екстреної релaparотомії, відзначено в одному спостереженні (група контролю). У 2 випадках кровотеча спинилась мимовільно до моменту виконання лапароскопії, і, отже, ендовідеохірургічне втручання дозволило уникнути непотрібної лапаротомії.

Клініка кишкової непрохідності у ранній післяопераційний період нашарувалась на парез кишечника на фоні інтенсивної терапії, що значно погіршувало її прояви. Суттєво покращити результати діагностики і визначити показання до повторного хірургічного втручання дозволяє ультразвукова діагностика. Кишкова непрохідність у всіх 5 (11,9%) випадках мала спайковий характер. Лапароскопічні втручання при кишковій непрохідності виконані у 2 пацієнок. В однієї хворої після гінекологічної операції в анамнезі виникли технічні труднощі, пов'язані з наявністю нерухомого конгломерату, що вимагало переходу до лапаротомії. У 2 випадках відразу було виконано релaparотомію.

Загалом у ранній післяопераційний період з приводу післяопераційних ускладнень було виконано 47 релaparоскопій 20 хворим. Така кількість релaparоскопій пояснюється проведенням програмованих санацій черевної порожнини і застосуванням динамічної лапароскопії для контролю перебігу внутрішньочеревного ускладнення.

Успішному здійсненню релaparоскопії у ранній післяопераційний період сприяло проведене до операції повноцінне обстеження, насамперед ультразвукове, яке дозволило найбільш повно оцінити можливість проведення малоінвазивного втручання і обрати точки доступу до черевної порожнини. Також необхідними умовами вважали:

- проведення адекватного загального знеболювання, яке передбачало застосування інтубаційного наркозу,
- цілодобовий доступ до використання лапароскопічної стойки та інструментарію,
- склад хірургічної бригади, до якої увійшли гінеколог-хірург із достатнім досвідом в абдомінальній хірургії та лікар, який брав участь у першій операції.

На підставі аналізу досліджуваного матеріалу нами запропоновані загальні показання і протипоказання до проведення релaparоскопії у ранній післяопераційний період з метою діагностики і лікування післяопераційних ускладнень (табл. 2). Обґрунтовуючи кожний з пунктів, автори керувались реаль-

ними можливостями методів у загальній клінічній практиці, які у низці випадків поступаються за своєю ефективністю релaparотомії.

Для оцінювання діагностичної значущості й ефективності лапароскопії в діагностиці абдомінальних ускладнень після порожнинних гінекологічних втручань були визначені чутливість (Se), специфічність (Sp) і точність (Ac) лапароскопії у 34 пацієнок. Дані діагностичні показники розраховували за відповідними формулами (табл. 3) після визначення кількості справжньопозитивних (TP), справжньонегативних (TN), хибнопозитивних (FP) і хибнонегативних (FN) результатів виконання лапароскопії за загальноприйнятою методикою.

Так, в основній групі справжньопозитивними (TP) було визнано 22 результати. При лапароскопічній діагностиці діагностовано внутрішньочеревне ускладнення з наступним переведенням діагностичної лапароскопічної операції у лікувальну. Справжньонегативними (TN) визнані 10 результатів. У цих випадках під час виконання діагностичної лапароскопії не виявлено жодної патології у черевній порожнині. Цей факт підтверджено в ході подальшого динамічного спостереження за хворими. Хибнопозитивними (FP) визнані 2 результати діагностичних лапароскопій, у ході виконання яких у хворих діагностовано масивну внутрішньочеревну кровотечу.

Дані стани виявились показанням до виконання розширеної діагностичної операції лапаротомічним доступом з метою точного визначення характеру й обсягу пошкоджень з наступним їхнім усуненням. Під час проведення лапароскопічної діагностики хибнонегативними (FN) результатів не отримано.

При застосуванні стандартної лікувальної тактики обстеження (без використання ендовідеохірургічної методики) серед пацієнок контрольної групи справжньопозитивними (TP) було визнано 14 результатів. У хворих за наявності клінічних ознак післяопераційного ускладнення прийнято рішення щодо виконання операції шляхом лапаротомічного оперативного доступу. Справжньонегативними (TN) визнані 3 результати. У хворих діагностовано внутрішньочеревне ускладнення і хірургічне втручання виконано лапаротомічним доступом, але у ході операції обсяг пошкоджень органів черевної порожнини перевищив попередньо діагностований. Хибнопозитивними (FP) визнані 2 результати. На підставі даних обстеження у пацієнок припущена наявність внутрішньочеревного ускладнення і виконана лапаротомія, але під час ревізії черевної порожнини діагноз не підтвердився. Хибнонегативним (FN) був визнаний 1 результат. При застосуванні стандартної схеми діагностики у хворої не виявлено будь-яких ускладнень з боку органів черевної порожнини. Однак у результаті динамічного спостереження констатовано

Діагностична цінність лапароскопії у діагностиці внутрішньочеревних ускладнень після гінекологічних втручань

| Методика | Показники діагностичної цінності, % | | |
|----------------|--|---|---|
| | Чутливість $Se = TP/(TP+FN) \times 100\%$ | Специфічність $Sp = TN/(TN+FP) \times 100\%$ | Точність $Ac = (TP+TN)/N \times 100\%$ |
| Лапароскопічна | $22/(22+0) \times 100\% = 100$ | $10/(10+2) \times 100\% = 83,3$ | $(22+10)/34 \times 100\% = 94,1$ |
| Стандартна | $14/(14+1) \times 100\% = 93,3$ | $3/(3+2) \times 100\% = 60$ | $(14+3)/20 \times 100\% = 85$ |

Примітки: число результатів: TP – справжньопозитивних при лапароскопії – 22, при лапаротомії – 14; FN – хибнонегативних при лапароскопії – 0, при лапаротомії – 1; TN – справжньонегативних при лапароскопії – 10, при лапаротомії – 3; FP – хибнопозитивних при лапароскопії – 2, при лапаротомії – 2; N – загальна кількість спостережень – 34.

розвиток клінічної картини кишкової непрохідності, що стало показанням до виконання хірургічного втручання шляхом лапаротомії.

Отже, враховуючи отримані результати, були розраховані параметри діагностичної цінності (чутливість, специфічність, точність) лапароскопії порівняно зі стандартною лікувальною тактикою у діагностиці внутрішньочеревних ускладнень після гінекологічних втручань (див. табл. 3).

Розрахункові дані табл. 3 свідчать, що використання лапароскопії як ендовідеохірургічної методики діагностики дозволило збільшити в 1,07 разу рівень чутливості, в 1,39 разу – специфічності і в 1,11 разу – точності діагностики порівняно зі стандартною методикою.

Отже, доцільність застосування лапароскопії при післяопераційних гінекологічних внутрішньочеревних ускладненнях визначається високим рівнем діагностичної цінності даної методики, а також високою вірогідністю переведення діагностичного втручання в ефективну лікувальну операцію.

ВИСНОВКИ

1. У структурі абдомінальних післяопераційних ускладнень превалюють перитоніт, внутрішньочеревні кровотечі, кишкова непрохідність, зумовлена черевними спайками. При виникненні раннього післяопераційного абдомінального ускладнення завершуючим етапом діагностики необхідно обирати релапароскопію з оцінюванням можливості проведення малоінвазивного втручання.

2. Лапароскопічні операції у разі підозри на розвиток раннього внутрішньочеревного ускладнення у післяопераційний період є альтернативою діагностичній релапаротомії, а впровадження запропонованої тактики з урахуванням загальних показань і протипоказань до застосування відеоендоскопічної методики дозволить покращити результати комплексного лікування жінок з патологією органів малого таза.

3. Використання лапароскопії як ендовідеохірургічної методики у діагностиці внутрішньочеревних ускладнень після гінекологічних операцій дозволяє збільшити параметри діагностичної цінності (чутливість, специфічність, точність) порівняно зі стандартною методикою.

Відомості про авторів

Вдовиченко Юрій Петрович – Кафедра акушерства, гінекології та перинатології Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, 01011, м. Київ, вул. Арсенальна, 1. E-mail: prore-first@nmapo.edu.ua

Бойко Володимир Іванович – Кафедра акушерства та гінекології медичного інституту Сумського державного університету МОН України, 40018, м. Суми, вул. Санаторна, 3.

Терехов Володимир Андрійович – Кафедра акушерства та гінекології медичного інституту Сумського державного університету МОН України, 40018, м. Суми, вул. Санаторна, 3.

Information about the author

Vdovichenko Yurii P. – Department of obstetrics, gynaecology and perinatology of Shupyk National Healthcare University of Ukraine, 01011, Kyiv, 1 Arsenalna Str. E-mail: prore-first@nmapo.edu.ua

Boyko Volodymyr I. – Department of obstetrics and gynaecology of the Medical Institute of the Sumy State University MES of Ukraine, 40018, Sumy, 3 Sanatorna Str.

Terekhov Volodymyr A. – Department of obstetrics and gynaecology of the Medical Institute of the Sumy State University MES of Ukraine, 40018, Sumy, 3 Sanatorna Str.

Сведения об авторах

Вдовиченко Юрий Петрович – Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии Национального университета охраны здоровья Украины имени П.Л. Шупика, 01011, г. Киев, ул. Арсенальная, 1. E-mail: prore-first@nmapo.edu.ua

Бойко Владимир Иванович – Кафедра акушерства и гинекологии медицинского института Сумского государственного университета МОН Украины, 40018, г. Сумы, ул. Санаторная, 3

Терехов Владимир Андреевич – Кафедра акушерства и гинекологии медицинского института Сумского государственного университета МОН Украины, 40018, г. Сумы, ул. Санаторная, 3

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Громова АМ, Мартиненко ВБ, Тарасенко КВ., Нестеренко ЛА. 2017. Діагностика та оперативна лапароскопія в гінекології. Збірник наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України. Рівне: ПП Естеро. 2(40):109-12.

2. Вдовиченко ЮП, Волошин ОА. 2015. Діагностика і профілактика ускладнень

при лапароскопічних гінекологічних операціях. Здоровье женщины. 4(100):72-5.

3. Кондратюк ВК. 2015. Інструментальні методи дослідження в гінекології. Медицинские аспекты здоровья женщины. 4(90):10-19.

4. Парашук ЮС, Грищенко МГ, Парашук ВЮ, Сафонов РА. 2017. Оператив-

на гінекологія: навч. посібник. Харків: ХНМУ, 132.

5. Ridgeway BM, Cadish L. 2017. Hysteropepy: Evidence and Insights. Clin Obstet Gynecol. 60(2):312-23.

6. Bulletti C, De Ziegler D, Polli V. 2017. The role of leiomyomas in infertility. J. Am. Assoc. Gynecol. Laparosc. 6(4):441-5.

7. Daraiv E, Echaud H, Benifla JL et al. 2015. Fertility after laparoscopic myomectomy: Preliminary results. Hum. Reprod. 12:1931-4.

8. Гаврилюк ГМ, Макарчук ОМ. 2016. Постгістеректомічні порушення, їх діагностика та профілактика. Здоровье женщины. 7(113):52-4.

Статья надійшла до редакції 18.01.2021