

Найближчі та віддалені результати лікування абдомінальних ускладнень після гінекологічних операцій із застосуванням ендоскопічних технологій

В.І. Бойко, В.А. Терехов

Медичний інститут Сумського державного університету МОН України

Мета дослідження: порівняльне оцінювання безпосередніх і віддалених результатів лапароскопічного лікування післяопераційних абдомінальних ускладнень у пацієнок з гінекологічною патологією.

Матеріали та методи. Було проведено порівняльне дослідження найближчих результатів після повторних лапароскопій і релaparотомій у пацієнок гінекологічного профілю з післяопераційними внутрішньочеревними ускладненнями, у ході якого були виділені дві клінічні групи хворих. До I групи (основної) увійшли 62 (50,82%) пацієнтки з ранніми післяопераційними ускладненнями, яким виконували відеоскопічні втручання. До II групи (контрольної) увійшли 60 (49,18%) пацієнок, яким виконані традиційні «відкриті» лапаротомії. Критерії перебігу раннього післяопераційного періоду вибирали традиційно. При цьому урахували, що після виконаних повторних втручань пацієнткам як основної, так і контрольної групи була проведена аналогічна інтенсивна терапія, спрямована на корекцію основного симптомокомплексу захворювання.

Усі пацієнтки були комплексно обстежені з використанням клінічних, інструментальних і лабораторних методів дослідження. Групи були однорідними за віком і структурою операцій, виконаних на органах малого таза, і статистично зіставними.

Віддалені результати вивчені у 28 (45,1%) пацієнок основної групи і 21 (35%) жінки з групи порівняння у терміни від одного до п'яти років після гінекологічного втручання.

Результати. У пацієнок групи контролю больовий синдром статистично достовірно зберігався довше і вимагав призначення знеболювальних препаратів у середньому на 2 доби більше. Використання лапароскопії у лікуванні післяопераційних ускладнень найчастіше (51,7%) дозволяло відмовитися від анагетиків, а нестероїдні протизапальні засоби застосовували на вимогу тільки у перші 2–3 дні. Тривалість стаціонарного лікування хворих I групи з післяопераційними інтраабдомінальними гінекологічними ускладненнями становила у середньому $10 \pm 2,5$ доби проти $16 \pm 2,9$ – у II групі (контрольній) ($p > 0,05$). Тривалість стаціонарного лікування після відкритих операцій була більше у середньому на $6 \pm 1,9$ доби ($p > 0,05$).

Оцінювання віддалених результатів проводили за трибальною системою (результат хороший, задовільний, незадовільний) на підставі даних клініко-інструментального обстеження. Хороші віддалені результати констатовано у 13 (46,4%) пацієнок основної групи й у 6 (28,5%) – з групи контролю. Задовільні результати у I групі зареєстровано у 13 (46,4%) хворих, у II групі – у 13, що становило 61,9%. У 2 пацієнок результати визнані незадовільними після релaparоскопічних маніпуляцій (7,2%) і у 2 (9,5%) – після релaparотомії. Одна пацієнтка у зв'язку з частим рецидивним боєм переймоподібного характеру прооперована у плановому порядку (розсічені черевинні спайки).

Заключення. У ході дослідження виявлена безпосередня залежність перебігу раннього післяопераційного періоду і віддалених результатів у жінок, яких прооперовано традиційно та із застосуванням лапароскопії. На підставі вивчення результатів хірургічного лікування ранніх післяопераційних внутрішньочеревних ускладнень доведено високу ефективність відеолапароскопічного способу порівняно з традиційним.

Отже, впровадження запропонованої тактики лікування має суттєво підвищити якість життя даної категорії пацієнок. Вивчення віддалених результатів лапароскопічних операцій продемонструвало, що застосування у практиці лікувальних закладів діагностичних методів оперативних прийомів сприятиме покращанню результатів комплексного лікування хворих жінок із патологією органів малого таза.

Ключові слова: лапароскопія, лапаротомія, гінекологічні операції, абдомінальні ускладнення, післяопераційний біль, перитоніт, профілактика, віддалені результати.

Immediate and long-term results of treatment of abdominal complications after gynecological operations using endoscopic technologies

V.I. Boyko, V.A. Terekhov

The objective: to give a comparative assessment of the immediate and long-term results of laparoscopic treatment of postoperative abdominal complications in patients with gynecological pathology.

Materials and methods. We carried out a comparative study of the immediate results after repeated laparoscopies and relaparotomies in gynecological patients with postoperative intra-abdominal complications, during which 2 clinical groups of patients were identified. Group I (main) consisted of 62 patients (50,82%) with early postoperative complications who underwent video endoscopic interventions. Group II (control) included 60 (49,18%) patients who underwent traditional «open» laparotomy.

The criteria for the course of the early postoperative period were chosen traditionally. At the same time, it was taken into account that after the repeated interventions, the patients of both the main and the control groups received similar intensive therapy aimed at correcting the main symptom complex of the disease.

All patients were comprehensively examined using clinical, instrumental and laboratory research methods. The groups were homogeneous in age and structure of operations performed on the pelvic organs, and were statistically comparable.

Long-term results were studied among 28 (45,1%) patients of the main group and 21 women from the comparison group (35%) in terms of one to five years after gynecological intervention.

Results. In the patients of the control group, the pain syndrome persisted statistically significantly longer and required prescription of anesthetic drugs on average 2 days more. The use of laparoscopy in the treatment of postoperative complications most often (51,7%) made it possible to refuse analgesics, and non-steroidal anti-inflammatory drugs were used on demand only in the first 2–3 days.

The average duration of inpatient treatment for patients of group I with postoperative intra-abdominal gynecological complications averaged $10 \pm 2,5$ days versus $16 \pm 2,9$ in II (control) ($p > 0,05$). The average duration of inpatient treatment after open surgery was on average $6 \pm 1,9$ days longer ($p < 0,05$). Long-term results were assessed using a three-point system (the result is good, satisfactory, unsatisfactory) based on the data of clinical and instrumental examination. Good long-term results were found in 13 (46,4%) patients of the main group and in 6 (28,5%) patients from the control group. Satisfactory results in group I were found in 13 (46,4%) patients, in group II – in 13, which amounted to 61,9%. In 2 patients, the results were found unsatisfactory after relaparoscopic manipulations (7,2%), and in 2 (9,5%) – after relaparotomy. One patient, due to frequent, recurrent cramping pains, was operated on as planned (abdominal adhesions were dissected).

Conclusion. The study revealed a direct relationship during the early postoperative period and long-term results in women operated traditionally and with the use of laparoscopy. Based on the study of the results of surgical treatment of early postoperative intraperitoneal complications, the high efficiency of the video-laparoscopic method was proved in comparison with the traditional one. Thus, the implementation of the proposed treatment tactics can significantly improve the quality of life of this category of patients. The study of long-term results of laparoscopic operations has shown that the use of diagnostic methods of surgical techniques in the practice of medical institutions will contribute to the improvement of the results of complex treatment of sick women with pathology of the pelvic organs.

Keywords: laparoscopy, laparotomy, gynecological operations, abdominal complications, postoperative pain, peritonitis, prevention, long-term results.

Ближайшие и отдаленные результаты лечения абдоминальных осложнений после гинекологических операций с применением эндоскопических технологий

В.И. Бойко, В.А. Терехов

Цель исследования: сравнительная оценка непосредственных и отдаленных результатов лапароскопического лечения послеоперационных абдоминальных осложнений у пациенток с гинекологической патологией.

Материалы и методы. Было проведено сравнительное исследование ближайших результатов после повторных лапароскопий и релапаротомий у пациенток гинекологического профиля с послеоперационными внутрибрюшинными осложнениями, в ходе которого были выделены две клинические группы больных. В I группу (основную) вошли 62 (50,82%) пациентки с ранними послеоперационными осложнениями, которым выполняли видеоэндоскопические вмешательства. Во II группу (контрольную) вошли 60 (49,18%) пациенток, которым выполнены традиционные «открытые» лапаротомии.

Критерии течения раннего послеоперационного периода выбирались традиционно. При этом учитывали, что после выполненных повторных вмешательств пациенткам как основной, так и контрольной группы была проведена аналогичная интенсивная терапия, направленная на коррекцию основного симптомокомплекса заболевания.

Все пациентки были комплексно обследованы с использованием клинических, инструментальных и лабораторных методов исследования. Группы были однородными по возрасту и структуре операций, выполненных на органах малого таза, и статистически сравнимы.

Отдаленные результаты изучены у 28 (45,1%) пациенток основной группы и 21 (35%) женщины из группы сравнения в сроки от одного до пяти лет после гинекологического вмешательства.

Результаты. У пациенток группы контроля болевой синдром статистически достоверно сохранялся дольше и требовал назначения обезболивающих препаратов в среднем на 2 сут больше. Использование лапароскопии в лечении послеоперационных осложнений чаще всего (51,7%) позволяло отказаться от анальгетиков, а нестероидные противовоспалительные средства применяли по требованию только в первые 2–3 дня.

Продолжительность стационарного лечения больных I группы с послеоперационными интраабдоминальными гинекологическими осложнениями составила в среднем $10 \pm 2,5$ суток против $16 \pm 2,9$ – во II группе (контрольной) ($p > 0,05$). Продолжительность стационарного лечения после открытых операций была больше в среднем на $6 \pm 1,9$ суток ($p < 0,05$).

Оценку отдаленных результатов проводили по трехбалльной системе (результат хороший, удовлетворительный, неудовлетворительный) на основании данных клинико-инструментального обследования. Хорошие отдаленные результаты констатированы у 13 (46,4%) пациенток основной группы и у 6 (28,5%) – из группы контроля. Удовлетворительные результаты в I группе зарегистрированы у 13 (46,4%) больных, во II группе – у 13, что составило 61,9%. У 2 пациенток результаты признаны неудовлетворительными после релапароскопических манипуляций (7,2%) и у 2 (9,5%) – после релапаротомии. Одна пациентка в связи с частой рецидивирующей болью схваткообразного характера прооперирована в плановом порядке (рассечены брюшинные спайки).

Заключение. В ходе исследования выявлена непосредственная зависимость течения раннего послеоперационного периода и отдаленных результатов у женщин, прооперированных традиционно и с применением лапароскопии. На основе изучения результатов хирургического лечения ранних послеоперационных внутрибрюшинных осложнений доказана высокая эффективность видеолaparоскопического способа по сравнению с традиционным.

Таким образом, внедрение предложенной тактики лечения может существенно повысить качество жизни данной категории пациенток. Изучение отдаленных результатов лапароскопических операций показало, что применение в практике лечебных учреждений диагностических методов оперативных приемов будет способствовать улучшению результатов комплексного лечения больных женщин с патологией органов малого таза.

Ключевые слова: лапароскопия, лапаротомия, гинекологические операции, абдоминальные осложнения, послеоперационная боль, перитонит, профилактика, отдаленные результаты.

Профілактика і лікування ускладнень – невід’ємні компоненти будь-якої лікарської спеціальності, особливо це стосується гінекології і хірургії. Зниження частоти і тяжкості негативних наслідків хірургічних операцій, перш за все, базується на підставі аналізу причин їхнього виникнення та розуміння їхнього патогенезу [1]. Відтак необхідно добре уявляти можливий спектр специфічних ускладнень в ендоскопічній гінекології, яка в останні десятиліття значно розвинулася.

Прогрес медичної науки і техніки, швидке впровадження новітніх технологій у діагностику та лікування докорінно змінили рівень надання гінекологічної оперативної допомоги. Ендоскопічні гінекологічні операції сьогодні посідають чільне місце в сучасній оперативній гінекології. Малотравматичність та широкі оперативні можливості визначили суттєві переваги ендоскопічних методів над традиційною лапаротомією. Передусім це стосується репродуктивної лапароскопічної гінекології, де спостерігається істотний прогрес [2].

Основними критеріями успішного оперативного лікування, насамперед для збереження і відновлення генера-

тивної функції жінки, є виконання і обов’язкове усунення поєднаної патології, максимальне зменшення травматизації операції завдяки вибору оптимального хірургічного доступу, використання оптимальної методики оперативного втручання, сучасних шовних матеріалів, а також проведення повноцінної реабілітації у післяопераційний період [3]. Вибір оптимального хірургічного доступу при лапароскопічних гінекологічних втручаннях є складною проблемою, що часто пов’язано з віком хворої, конституцією, топографо-анатомічними особливостями у ділянці патологічного процесу [4].

Окрім технічних аспектів (зменшення травматизації і тривалості хірургічного втручання) важливими перевагами лапароскопічних операцій перед відкритими є значно менше виражений больовий синдром у післяопераційний період, зменшення інфекційних ускладнень з боку післяопераційної рани завдяки лапароскопічним санаціям черевної порожнини, а також невеликий відсоток таких неприємних ускладнень, як великі післяопераційні рубці, паралічі кишечника та шлунка, спайки, грижі черевної стінки

[3]. Більш легкий післяопераційний період із ранньою активізацією хворих сприятливо позначається і на кількості ускладнень з боку серцево-судинної та дихальної систем. Усе це приводить до скорочення перебування пацієнтки у стаціонарі і швидкого повернення до звичного для неї способу життя [5].

За деякими даними, частота ранніх внутрішньочеревних ускладнень внаслідок лікувально-діагностичних і тактичних помилок досягає 25–30% [2, 3, 6]. Важливим аспектом профілактики післяопераційних ускладнень є висока кваліфікація хірургів, які оперують і повинні постійно вдосконалювати свою оперативну техніку, здійснювати глибокий науково-практичний аналіз своєї практичної діяльності у колективі лікарів. Це дозволить знизити число організаційних, тактичних і технічних помилок [2].

Поширений перитоніт донедавна вважався абсолютним протипоказанням до застосування будь-яких лапароскопічних втручань. Однак з появою сучасної відеоендохірургічної апаратури і широким впровадженням у клінічну практику неінвазивних методик багатьох авторів змінили свій погляд щодо цього питання, віддаючи перевагу ендохірургічним методам лікування [1].

Ідея активного радикального хірургічного лікування поширеного перитоніту, яка полягає у можливості з мінімальною травматизацією для організму здійснювати максимально повноцінне хірургічне втручання, постійно оптимізується. При цьому методика дозволяє уникнути недоліків традиційних видів лікування: широкої релaparотомії, накладання регульованої лапаростоми, різних методів дренажу, проведення лаважу черевної порожнини тощо [7]. Відеолапароскопія дозволяє візуально оцінити динаміку перебігу перитоніту і проводити у пацієнток повноцінну санацію черевної порожнини, за необхідності замінити нефункціонуючі дренажні трубки та виконувати інші лікувальні маніпуляції.

Повноцінне обстеження, правильно встановлений діагноз, обґрунтований обсяг оперативного втручання, оцінювання загального стану хворої, адекватна передопераційна підготовка – головні складові для зниження частоти ранніх післяопераційних ускладнень [2].

Одним з найпоширеніших ускладнень, яке суттєво погіршує якість життя пацієнток після хірургічного лікування захворювань органів малого таза, є утворення післяопераційних черевних спайок і вентральних гриж. Це може справляти суттєвий вплив на відновлення їхньої репродуктивної функції і здатність до зачаття [8]. Ступінь тяжкості спайкового процесу при генітальній патології не залежить від віку жінок і тривалості захворювання. Основними причинами є запальні захворювання органів малого таза:

- гнійний сальпінгоофорит (38,2%),
- інфекції, що передаються статевим шляхом (33,3%),
- пельвіоперитоніт (33,3%),
- ендометріодні кісти яєчників (33,3%),
- перенесені загальнохірургічні оперативні втручання (28,9 %) [3].

Тому пошук оптимальних підходів до профілактики розвитку спайкового процесу залишається актуальним направленням у сучасній гінекології. Як правило, комплексна система передбачення післяопераційних ускладнень повинна включати і стандартну протизапальну терапію (інфузійну, антибактеріальну, протиспайкову), і фізіотерапевтичні методики реабілітації, і активний фізичний режим.

Отже, для покращання віддалених результатів після лапароскопічного лікування пацієнток гінекологічного профілю проведення достатньо адекватної реабілітації заслуговує найпильнішої уваги і подальшого вивчен-

ня. Накопичений нами досвід виконання гінекологічних втручань із застосуванням ендоскопічних технологій і порівняльний аналіз найближчих та віддалених результатів післяопераційних ускладнень дозволить знизити їхню частоту і досягнути більш високих результатів у поліпшенні якості хірургічної допомоги даному контингенту хворих.

Мета дослідження: порівняльне оцінювання безпосередніх і віддалених результатів лапароскопічного лікування післяопераційних абдомінальних ускладнень у пацієнток з гінекологічною патологією.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

У ході дослідження проаналізовано результати хірургічного лікування 122 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. Вік пацієнток коливався від 20 до 75 років (середній вік – $46 \pm 11,3$ року).

Залежно від способу повторного втручання пацієнтки були розподілені на дві групи:

I група (основна, $n=62$) – жінки, у яких для корекції післяопераційних ускладнень використовували тільки лапароскопію;

II група (контрольна, $n=60$) – жінки, у яких для корекції післяопераційних ускладнень у ході діагностичної лапароскопії були визначені показання до релaparотомії.

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

Віддалені результати вивчені у 28 (45,1%) пацієнток основної групи і 21 (35%) жінки з групи порівняння у терміни від одного до п'яти років (у середньому 3 роки) після гінекологічного втручання. Аналіз за термінами спостереження після проведення оперативного лікування засвідчив, що групи були однорідні і статистично порівняльні ($p>0,05$). Оцінювання проводили за трибальною системою (результат хороший, задовільний, незадовільний) на підставі даних клініко-інструментального обстеження.

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

Ефективність запропонованого нами лікувально-діагностичного алгоритму визначали проведенням порівняльного оцінювання найближчих результатів після традиційних релaparотомій і лапароскопічних втручань. Критерії перебігу раннього післяопераційного періоду вибирали традиційно. При цьому урахували, що після виконаних у клініці повторних втручань пацієнткам як основної, так і контрольної групи була проведена аналогічна інтенсивна терапія, спрямована на корекцію основного симптоматичного захворювання. У всіх пацієнток обох груп були вивчені найближчі результати наслідків лікування.

Аналізуючи технічні аспекти, було встановлено, що тривалість релапароскопії у групі хворих з післяопераційним гінекологічним перитонітом становила у середньому $36 \pm 15,5$ хвилини. При кровотечі, що розвинулась після операцій на органах малого таза, аналогічні показники становили $39 \pm 20,3$ хвилини ($p > 0,05$). При цьому тривалість втручань, виконаних за тими самими показаннями (перитоніт, кровотеча), але традиційним, «відкритим» методом, при порівнянні виявилася у середньому на $30 \pm 22,4$ хвилини довше.

Серед найбільш значущих критеріїв, за якими визначають ефективність лікування загалом, є оцінювання післяопераційного болю. Пацієнткам II групи (контрольної) після лапаротомічного доступу у переважній більшості – 58 (96,6%) – потребувалось призначення аналгетиків менш ніж через 40–60 хв після операції. В основній групі після лапароскопічного доступу знеболювання через 60 хв знадобилося лише 30 (48,3%) пацієнткам.

У пацієнток групи контролю больовий синдром статистично достовірно ($p < 0,05$) зберігався довше і вимагав більш тривалого (у середньому на 2 доби більше) призначення аналгетиків. У хворих I групи больовий синдром наприкінці першої доби зберігався у 55 (88,7%) пацієнток, на третю добу – тільки у 8 (12,9%), а повне купірування болю у пацієнток цієї групи відбулося на 4-у добу. У контрольній групі повне зникнення больового синдрому відзначено на 7-у добу після операції при сприятливому перебігу раннього післяопераційного періоду.

Використання лапароскопії у лікуванні післяопераційних ускладнень найчастіше (51,7%) дозволяло відмовитися від аналгетиків, а нестероїдні протизапальні засоби застосовували на вимогу тільки перші 2–3 дні. У II групі пацієнтки перші 2 дні отримували аналгетики через виражений больовий синдром і надалі продовжували отримувати нестероїдні протизапальні препарати протягом 5–7 діб.

Тривалість стаціонарного лікування хворих I групи з післяопераційними інтраабдомінальними гінекологічними ускладненнями становила у середньому $10,0 \pm 2,5$ доби проти $16,0 \pm 2,9$ – у II групі ($p > 0,05$). Тривалість перебування у стаціонарі в середньому після «традиційних» лапаротомій була більше на $6,0 \pm 1,9$ доби ($p > 0,05$).

Порівняльний аналіз результатів лікування хворих з післяопераційними інтраабдомінальними ускладненнями після виконаних гінекологічних втручань виявив низку істотних переваг лапароскопічних санацій черевної порожнини перед традиційними «відкритими» релапаротоміями. Це зумовлено, перш за все, тим, що сучасні відеолапароскопічні маніпуляції зменшують обсяг операційної травми і ступінь хірургічної агресії, тим самим створюючи сприятливі умови для неускладненого перебігу післяопераційного періоду. Упровадження сучасних методів дослідження і нових лікувальних технологій у широку клінічну практику дає підстави сподіватися на істотний прогрес у поліпшенні надання допомоги у разі виникнення інтраабдомінальних ускладнень у ранній післяопераційний період.

Віддалені результати після застосування розробленої лікувальної тактики ведення пацієнток з ранніми інтраабдомінальними післяопераційними ускладненнями вивчені у 28 (45,1%) жінок основної групи і 21 (35%) – з групи порівняння у терміні від одного до п'яти років (у середньому 3 роки) після гінекологічного втручання. Аналіз за термінами спостереження після проведення оперативного лікування засвідчив, що групи були однорідні і статистично зіставні ($p > 0,05$).

Для всебічного вивчення результатів лікування проаналізовані анкетовані дані амбулаторних і стаціонарних оглядів обстежених пацієнток, при цьому проводили порівняння з початковою оцінкою даних об'єктивного статусу.

За наявності скарг з боку пацієнтки її запрошували на амбулаторне обстеження з використанням інструментальних і лабораторних методів діагностики, які включали ультрасонографію, рентгенографію, дослідження гінекологічного статусу, проведення загальних та спеціальних лабораторних аналізів тощо. У разі підозри на наявність органічних змін з метою поглибленого обстеження, необхідності гінекологічної та/або хірургічної реабілітації хворих госпіталізовували до стаціонару.

Оцінювання проводили за трибальною системою (результат хороший, задовільний, незадовільний) на підставі даних клініко-інструментального обстеження.

Хороші віддалені результати зареєстровано у 13 (46,4%) пацієнток I групи (основної) і у 6 (28,5%) жінок II групи (контрольної). Усі вони відзначали загальний задовільний стан, збережену (або відновлену) після операції працездатність і не потребували використання медикаментів. Під час контрольного клініко-інструментального обстеження, включаючи абдомінальну ультрасонографію, будь-яких змін у черевній порожнині не виявлено.

Задовільні результати в основній групі зафіксовано у 13 (46,4%) хворих, у групі контролю – у 13, що становило 61,9%. Пацієнток зрідка турбував дискомфорт, нетривалий біль у животі, які не справили істотного впливу на працездатність, відновлену операцією, і не знижували суттєво якості життя.

У 2 пацієнток результати визнані незадовільними після релапароскопічних маніпуляцій (7,2%), і у 2 (9,5%) – після релапаротомії. Одна пацієнтка у зв'язку з частим рецидивним боєм переймоподібного характеру прооперована у плановому порядку (розсічені очеревинні спайки).

Проведений аналіз найближчих і віддалених результатів лікування ранніх післяопераційних внутрішньочеревних гінекологічних ускладнень із застосуванням «відкритих» релапаротомій і відеолапароскопічних втручань засвідчив, що виконані за відповідними показаннями лапароскопічні операції не спричинюють тяжких ускладнень і переносяться хворими краще, ніж традиційні.

Було відзначено, що у віддалений період спостережень незадовільні результати в порівнюваних групах істотно не відрізняються. Проте найближчий післяопераційний період у пацієнток, лікування яким проводили із застосуванням лапароскопії, мав більш легкий перебіг, і хороших результатів у них було отримано значно більше. Це свідчить про покращення якості життя у даній групі пацієнток.

ВИСНОВКИ

1. На підставі вивчення результатів хірургічного лікування ранніх післяопераційних внутрішньочеревних ускладнень виявлено безпосередню залежність перебігу раннього післяопераційного періоду і віддалених результатів у жінок, оперованих традиційно та із застосуванням відеолапароскопії. Це доводить високу ефективність ендоскопічних технологій порівняно з традиційними.
2. У разі підозри на розвиток раннього внутрішньочеревного ускладнення у післяопераційний період лапароскопічні операції можна вважати альтернативою діагностичній релапаротомії, а впровадження запропонованої методики має значно покращити результати комплексного лікування жінок з патологією органів малого таза.
3. Всебічне вивчення результатів лапароскопічних операцій у гінекології шляхом визначення факторів, які впливають на виникнення післяопераційних ускладнень, сприятиме вдосконаленню у розробленні методів їхньої профілактики з метою підвищення якості життя пацієнток гінекологічного профілю.

Відомості про авторів

Бойко Володимир Іванович – Кафедра акушерства та гінекології медичного інституту Сумського державного університету МОН України, 40018, м. Суми, вул. Санаторна, 3. *E-mail: prore-first@nmapo.edu.ua*

Терехов Володимир Андрійович – Кафедра акушерства та гінекології медичного інституту Сумського державного університету МОН України, 40018, м. Суми, вул. Санаторна, 3. *E-mail: prore-first@nmapo.edu.ua*

Information about the author

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. *E-mail: prore-first@nmapo.edu.ua*

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. *E-mail: prore-first@nmapo.edu.ua*

Сведения об авторах

Бойко Владимир Иванович – Кафедра акушерства и гинекологии медицинского института Сумского государственного университета МОН Украины, 40018, г. Сумы, ул. Санаторная, 3. *E-mail: prore-first@nmapo.edu.ua*

Терехов Владимир Андреевич – Кафедра акушерства и гинекологии медицинского института Сумского государственного университета МОН Украины, 40018, г. Сумы, ул. Санаторная, 3. *E-mail: prore-first@nmapo.edu.ua*

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Юзько ОМ, Юзько ТА. 2015. Лапароскопія в діагностиці та лікування жіночої безплідності. Клінічна анатомія та оперативна хірургія. 2:35-6.
2. Бойко ВІ, Терехов ВА. 2020. Ендоскопічне лікування невідкладних станів у гінекології: тактика і реабілітація. Здоров'я жінчини. 3(149):64-70.
3. Оебаджи Самюэль. 2015. Профілактика ускладнень після лапароскопічних гінекологічних операцій. Здоров'я жінчини. 2(98):54-8.
4. Мініна ОЮ. 2017. Сучасні ендоскопічні технології у діагностиці та лікуванні поєднаної патології матки у жінок старшого віку. Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П.Л.Шупика. Київ. 28(2):74-9.
5. Вдовиченко ЮП, Волошин ОА. 2015. Діагностика і профілактика ускладнень при лапароскопічних гінекологічних операціях. Здоров'я жінчини. 4(100):72-5.
6. Jacobsen LJ. 2017. Results of conventional and hysteroscopic surgery. Human Reproduction. 12:1376-81.
7. Парашук ЮС, Грищенко МГ, Парашук ВЮ, Сафонов РА. 2017. Оперативна гінекологія: навч. посібник. Харків: ХНМУ, 132.
8. Демиденко АД, Демиденко ДИ, Гузь ІА, Гнатенко ОВ. 2017. Профілактика післяопераційних ускладнень у жінок з воспалительними захворюваннями органів малого таза і кистами яєчників. Експериментальна і клінічна медицина. 1(74):77-80.

Стаття надійшла до редакції 03.02.2021

Журнал «Репродуктивне здоров'я жінки» індексується та/або представлений тут:

- «Бібліометрика української науки»
- «Наукова періодика України» (Національної бібліотеки України імені В.І. Вернадського)
- Google Scholar
- Copernicus International
- Science Index (eLIBRARY.RU)
- CrossRef (статтям журналу присвоюється цифровий ідентифікатор об'єкта (DOI))
- INFOBASEINDEX
- ReaserchBib
- SIS
- Directory of Research Journals Indexing (DRJI)
- Open Academic Journals Index (OAJI)
- Bielefeld Academic Search Engine (BASE)
- International Innovative Journal Impact Factor (IJIF)
- Hinari

