

# Ендоскопічне лікування невідкладних станів у гінекології: тактика і реабілітація

**В.І. Бойко, В.А. Терехов**

Медичний інститут Сумського державного університету МОН України

Діагностика і лікування гострих хірургічних захворювань в гінекології, незважаючи на сучасні досягнення медичної науки, були і залишаються складним і відповідальним завданням. В ургентних ситуаціях завжди існує небезпека прооперувати хвору, коли у цьому не було необхідності, або пропустити гострий хірургічний процес при тривалому нагляді, що сприятиме розвитку ускладнень і навіть загибелі пацієнтки. Нерідко не лише здоров'я, а й життя жінки залежать від того, наскільки швидко і точно лікар зорієнтується у ситуації і застосує правильні організаційні та лікувальні заходи.

Розвиток ендоскопічної техніки дозволив пройти шлях від простого візуального обстеження черевної порожнини й органів малого таза до виконання складних оперативних втручань на матці та її придатках. Лапароскопічна хірургія – це спосіб виконувати хірургічні маніпуляції та оперативні втручання без розрізу живота, а у разі невідкладних станів, гострої абдомінальної патології – у багатьох випадках позбутися діагностичних сумнівів.

У статті наведено переваги і недоліки ендоскопічного лікування найпоширеніших ургентних гінекологічних патологій, особливості післяопераційного ведення пацієнток, реабілітаційні та профілактичні заходи для відновлення їхнього репродуктивного здоров'я.

**Ключові слова:** невідкладні гінекологічні стани, позаматкова вагітність, лапаротомія, лапароскопія, післяопераційне ведення, реабілітація, профілактика.

## Endoscopic treatment of emergency conditions in gynecology: tactics and treatment

**V.I. Boyko, V.A. Terekhov**

Diagnosis and treatment of acute surgical diseases in gynecology, despite the modern achievements of medical science, has been and remains a difficult and responsible task. In urgent situations, there is always a danger of operating the patient when it was not necessary, or viewing the acute surgical process with prolonged observation, which contributes to the development of complications and even death of the patient. Often, not only health, but also the woman's life depends on how quickly and correctly the doctor will orient in the situation and apply the right organizational and medical measures.

The development of endoscopic technology has allowed us to go from a simple visual examination of the abdominal cavity and pelvic organs to complex surgical interventions without an abdominal incision, and in emergency conditions, in case of acute abdominal pathology, in most cases, resolve diagnostic doubts.

The article describes the advantages and disadvantages of endoscopic treatment of the most common urgent gynecological pathologies, especially the postoperative management of patients, rehabilitation and preventive measures to restore their reproductive health.

**Key words:** urgent gynecological conditions, ectopic pregnancy, laparotomy, laparoscopy, semi-operative management, rehabilitation, prevention.

## Эндоскопическое лечение неотложных состояний в гинекологии: тактика и лечение

**В.И. Бойко, В.А. Терехов**

Диагностика и лечение острых хирургических заболеваний в гинекологии, несмотря на современные достижения медицинской науки, были и остаются сложной и ответственной задачей. В ургентных ситуациях всегда есть опасность прооперировать больную, когда в этом не было необходимости, или просмотреть острый хирургический процесс при длительном наблюдении, что способствует развитию осложнений и даже гибели пациентки. Нередко не только здоровье, но и жизнь женщины зависит от того, насколько быстро и правильно врач ориентируется в ситуации и применит правильные организационные и лечебные мероприятия.

Развитие эндоскопической техники позволило пройти путь от простого визуального обследования брюшной полости и органов малого таза до выполнения сложных оперативных вмешательств на матке и ее придатках. Лапароскопическая хирургия – это способ выполнять хирургические манипуляции и оперативные вмешательства без разреза живота, а при неотложных состояниях, в случае острой абдомінальної патології – в большинстве случаев разрешить диагностические сомнения.

В статье описаны преимущества и недостатки эндоскопического лечения наиболее распространенных ургентных гинекологических патологий, особенности послеоперационного ведения пациенток, реабилитационные и профилактические мероприятия для восстановления их репродуктивного здоровья.

**Ключевые слова:** неотложные гинекологические состояния, внематочная беременность, лапаротомия, лапароскопия, послеоперационное ведение, реабилитация, профилактика.

Політика України в галузі охорони здоров'я орієнтована на загальноєвропейську політику «Здоров'я для всіх у XXI столітті», у рамках якої головною метою визначено покращення можливостей для виживання і підвищення якості життя. Велику увагу у програмі приділяють здоров'ю населення, насамперед репродуктивного, профілактиці та здоровому способу життя [1–3]. За даними статистики жіноче населення України дорівнює 53,7% [4] від загальної кількості мешканців, і вирішення найбільш складних першочергових проблем фізичного здоров'я жінок, насамперед репродуктивного віку, є пріоритетним для збереження трудового потенціалу і створення умов для економічного розвитку країни [5].

Здоров'я жінки – це здоров'я нації, тому перед медичними закладами України, що здійснюють лікувально-профілактичну допомогу гінекологічним хворим, стоїть відповідальне завдання – зниження кількості захворювань статеві сфери жінки та запобігання їхньому виникненню. Це завдання тим більш непросте, оскільки за сучасних умов виникають все нові й нові фактори ризику розвитку захворювань у жінок, пов'язані з міграцією населення, урбанізацією, зміною статевої поведінки молоді: ранній початок статевого життя, безвідповідальне ставлення окремих молодих жінок до питань шлюбу та подружньої вірності. Усе це ставить під загрозу

майбутню репродуктивну функцію таких жінок, а отже – відбивається на демографічних показниках і є надзвичайно важливим для держави в цілому [6, 7].

Аналіз якісних і кількісних характеристик населення України за останні роки свідчить про наявність глибокої демографічної кризи [4]. Відбуваються процеси депопуляції, старіння населення, щорічний приріст якого становить менше 1% [8]. У таких умовах для покращення показників жіночого репродуктивного здоров'я необхідним є удосконалення та оптимізація надання гінекологічної та акушерської допомоги [2, 3, 5].

У гінекологічній практиці трапляються захворювання, що потребують невідкладної допомоги, характеризуються гострим початком у формі болю у животі, симптомами подразнення очеревини і напруженням м'язів передньої черевної стінки – так званий гострий живіт. Це збірне поняття, один із найбільш узагальнених клінічних синдромів, значно поширений у медичній практиці. Він відображає клінічну ситуацію, зумовлену раптово розвинутою внутрішньочеревною катастрофою – гострим хірургічним захворюванням або травмою органів черевної порожнини [9]. Термін «гострий живіт» може бути цілком прийнятний як попередній діагноз, особливо на догоспітальному етапі, оскільки вимагає від лікаря рішучих дій – негайної госпіталізації хворої у хірургічний стаціонар. Нерідко не лише здоров'я, а й життя жінки залежить від того, наскільки швидко і точно лікар зорієнтується у ситуації і застосує правильні організаційні та лікувальні заходи [10].

Залежно від причини виникнення «гострого живота» гінекологічні захворювання, що потребують хірургічного лікування, об'єднують у три основні групи [11]:

- перша – внутрішньочеревні кровотечі, які зумовлені позаматковою вагітністю, апоплексією яєчників або травматичним пошкодженням матки ятрогенного чи кримінального походження;
- друга – стани, пов'язані з порушенням живлення пухлин внутрішніх статевих органів (перекрут ніжки пухлини яєчника, некроз фібромагного вузла матки тощо);
- третя – гострі гнійні запальні захворювання внутрішніх статевих органів (гнійний сальпінгіт, піовар, піосальпікс, гнійні тубоваріальні утворення, абсцеси міхурово-маткового та прямокишково-маткового простору та ін.).

Крім того, симптоми «гострого живота» часто поєднуються із симптомами геморагічного, травматичного та больового шоку, що проявляється зниженням гемодинаміки, порушенням мікроциркуляції, формуванням поліорганної недостатності або «шокових органів» [10].

Діагностика і лікування гострих хірургічних захворювань у гінекології, незважаючи на сучасні досягнення медичної науки, були і залишаються складним і відповідальним завданням. В ургентних ситуаціях завжди існує небезпека прооперувати хвору, коли в цьому не було необхідності, або пропустити гострий хірургічний процес при тривалому спостереженні, що сприятиме розвитку ускладнень і загибелі пацієнтки [10].

У розпізнаванні причин «гострого живота» широко використовуються ендоскопічні методи дослідження. За останні 20 років використання ендоскопічної техніки в акушерстві і гінекології привело до революційних змін у питаннях діагностики та лікування цілої низки захворювань [12]. Розвиток ендоскопічної техніки дозволив пройти шлях від простого візуального обстеження черевної порожнини й органів малого таза до виконання складних оперативних втручань на матці та її придатках. Останніми роками набула широкого розвитку фетальна хірургія [13].

В Україні сьогодні відзначається різке зниження рівня народжуваності, фертильності, збільшення кількості екстрагенітальної патології та хронізації захворювань у жінок діто-

родного віку. На цьому тлі ургентні патологічні гінекологічні стани є одним із чинників репродуктивних втрат, що зумовлює соціальне значення проблеми [3].

З початку 90-х років ХХ століття почалося стрімке поширення ендоскопії в усьому світі [11]. На сьогодні цим шляхом виконується 90% операцій при патології жіночих статевих органів. Стрімко розвивається оперативна торакоскопія, лапароскопічні втручання набули популярності і стали повсякденними не тільки при невідкладних станах, але й з метою проведення діагностики практично всіх гінекологічних захворювань [10, 14].

Лапароскопія – огляд органів черевної порожнини за допомогою ендоскопа, уведеного через передню черевну стінку. Незважаючи на те що сучасні способи візуальної діагностики (УЗД, КТ і МРТ) здебільшого можуть замінити лапароскопію, останніми роками спостерігають тенденцію до більш широкого та більш раннього застосування лапароскопічної діагностики під час обстеження пацієнток 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, орієнтуючись на скарги хворої, а інколи і на результати інших методів дослідження [15].

Ендоскопічне дослідження органів малого таза 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.

Сьогодні діагностична цінність лапароскопії не викликає сумнівів, 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 з приводу позаматкової вагітності, апоплексії яєчника, при запальних захворюваннях органів малого таза, перекруті ніжки пухлини чи пухлиноподібного ураження яєчника, субсерозної міоми, а також з метою диференціальної діагностики гострої хірургічної та гінекологічної патології. Оскільки патологія виникає переважно у жінок репродуктивного віку і має не тільки медичне, але й соціальне значення, це диктує необхідність пошуку таких методів профільного хірургічного лікування, які б дозволили максимально зберегти уражений орган, запобігти розвитку вираженого спайкового процесу в черевній порожнині і, отже, зберегти репродуктивну функцію жінки [14].

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 технічній прогрес привели до кардинальних змін при лікуванні багатьох хвороб [16].

Проблема позаматкової вагітності (ПМВ) залишається однією із серйозних проблем в гінекології. В економічно розвинутих країнах частота ПМВ на 1000 вагітностей становить: у Європі – 18,8%, Великій Британії – 11,5%, США – 20,0%, що дорівнює близько 2% від загальної кількості вагітностей [17]. За останні 20 років зареєстровано підвищення частоти цієї патології у 2–4 рази у різних регіонах світу, що пов'язано з поширеністю запальних процесів статевих органів, зрос-

танням кількості хірургічних втручань на маткових трубах, впровадженням у медичну практику індукторів овуляції, а також поліпшенням методів її діагностики [1, 17].

В Україні також фіксують збільшення кількості ПМВ серед усіх вагітностей – близько 1,5–1,6% (на 1000 пологів 15,35 ПМВ). Серед жінок, які народили, її реєструють у 0,8–2,4%, при цьому у 4–10% вона є повторною, а співвідношення між позаматковою і нормальною вагітностями становить близько 1:100 [7].

Актуальність проблеми зумовлена тим, що ПМВ є серйозною небезпекою для здоров'я і життя жінки, оскільки може бути етіологічним чинником значних внутрішньочеревних кровотеч і стати однією з причин материнської смертності. Незважаючи на те що ризик смерті від ПМВ за останні роки знизився, ця патологія посідає друге місце серед причин материнської смертності у світі [18]. Ризик смерті матері при ПМВ у 10 разів вищий, ніж при спонтанних пологах, і в 50 разів – ніж при індукованому аборті [2, 7]. Число померлих від позаматкової вагітності в Україні, розраховане на 1000 жінок з ПМВ, є нестабільним і коливається від 0,71% до 0,08% [6]. Окрім безпосередньої загрози життю, ПМВ небезпечна ускладненнями, які виникають у зв'язку з цим: масивні внутрішні кровотечі, геморагічний шок, а також своїми віддаленими наслідками – виникненням спайкового процесу органів малого таза, вторинної безплідності, повторної ПМВ та ін. [19, 20].

Радикальна операція – видалення маткової труби, що до недавня була основним методом лікування трубно-вагітності (найбільш частий різновид ПМВ), призводить до розвитку безплідності у 70–80% хворих, у 20–30% може статись повторна ПМВ. До того ж ризик ПМВ збільшується з віком, і він найбільш високий у 35–44-річних жінок [17].

Якщо симптоми ПМВ не характерні, діагноз ПМВ після всіх проведених досліджень не підтверджений, то рекомендується лапароскопія. Це пряме обстеження матки і маткових труб за допомогою лапароскопа, який вводять у черевну порожнину через невеликий отвір у стінці живота. Процедура проводиться під загальним наркозом і дозволяє точно визначити наявність ПМВ. Через отвори діаметром 0,5–1 см у черевну порожнину закачують вуглекислий газ, вводять робочі інструменти – лапароскопічні трубки і сам лапароскоп з мікрокамерою, який дозволяє відтворити на екрані монітора стан органів репродуктивної системи. Залежно від місця розташування плідного яйця, його розмірів і стану обох маткових труб, хірург робить туботомію (розсічення маткової труби і видалення з неї плідного яйця) або тубектомію (відсікання труби) [16].

Туботомія проводиться пацієнткам, які у майбутньому планують народити дитину. Але можливість методу визначається станом самої маткової труби: якщо є будь-які структурні зміни, зберігати трубу недоцільно. Після процедури маткова труба піддається обов'язковій коагуляції.

Тубектомія виконується при незворотних змінах у матковій трубі, наявності спайок у малому тазі, а також у тому випадку, якщо раніше на «вагітній» трубі вже проводили туботомію. Під час проведення операції плідне яйце видаляють разом із посіченою матковою трубою. Проведення лапароскопії дозволяє уникнути післяопераційних рубців і супроводжується незначною втратою крові.

В особливо тяжких випадках, у разі значної крововтрати, яка небезпечна для життя, пацієнткам призначають лапаротомію [11]. Під загальним наркозом виконується розтин черевної стінки, і через отвір хірург виводить назовні матку з ураженою трубою та яєчником. На обидва кінці труби накладають затискачі, у цих місцях трубу перетинають і перев'язують. Широку ділянку матки, прилеглу до труби, прошивають, а саму трубу видаляють [16].

Як свідчить статистика, порівняно з класичною хірургічною операцією відсоток ускладнень під час лапароскопії значно нижчий [21–23]. Однак можливі все-таки пошкодження внутрішніх органів і кровоносних судин із подальшою більшменш значною кровотечею, виникнення запальних процесів і кишкова непрохідність у післяопераційний період. Ці ускладнення фіксують за наявності масивного спайкового процесу у черевній порожнині і малому тазі. Українською трапляється таке ускладнення, як підшкірна емфізема – вихід вуглекислого газу у підшкірну клітковину, що зазвичай усувається під час проведення операції.

Якщо точне встановлення діагнозу неможливе за наявності слабких клінічних проявів захворювання і відсутності ясної картини при УЗД, пацієнтці рекомендовано стаціонарне спостереження з контролем рівня ХГЧ. У разі погіршення стану і невідповідності рівня ХГЧ нормальній вагітності рекомендується проведення лапароскопії для встановлення точного діагнозу і призначення подальшої терапії.

Рання діагностика дозволяє уникнути багатьох ускладнень ПМВ та віддалених наслідків, наприклад, рецидиву позаматкової вагітності у матковій трубі, яку раніше піддавали туботомії, чи безплідності. Відсутність інтраопераційних і післяопераційних ускладнень залежить від професіоналізму хірургів і укомплектованості операційної апаратури та інструментарієм.

Метою реабілітації після ПМВ є відновлення репродуктивного здоров'я жінки після операції, що передбачає попередження спайок, відновлення гормонального балансу, забезпечення надійної контрацепції, фізіотерапію.

Протягом усього реабілітаційного періоду жінка повинна не забувати про необхідний рівень контрацепції, тривалість якої визначається у кожному конкретному випадку індивідуально, залежно від стану органів репродуктивної системи і віку пацієнтки. Як правило, вживання гормональних контрацептивів не перевищує шести місяців, за цей час організм встигає відновитися, що дозволяє уникнути повторних рецидивів захворювання.

Щоб оцінити стан маткових труб і органів малого таза і говорити про можливість наступної вагітності, після курсу реабілітації жінці необхідно провести діагностичну лапароскопію [19]. Якщо в процесі діагностики ніяких патологічних змін не виявлено, то пацієнтці дозволяється зачаття вже у наступному менструальному циклі.

Запобігти ПМВ неможливо, але можна зменшити певні фактори ризику. Наприклад, обмежити число статевих партнерів і використовувати презервативи при статевому акті. Це дозволить уникнути інфекцій, які передаються статевим шляхом, та інфекційно-запальних захворювань репродуктивних органів, що супроводжуються запаленням і є однією з основних причин ПМВ, оскільки призводять до пошкодження маткових труб. Тому до планування вагітності необхідно провести обстеження на наявність патогенних вірусів як жінці, так і її статевому партнеру, а за їхнього виявлення – провести відповідне лікування.

Якщо раніше у жінки була ПМВ, перед плануванням нової необхідно проконсультуватися з лікарем про можливість зачаття. Аналізи крові й ультразвукове дослідження на ранніх термінах дозволять визначити можливу ПМВ або отримати підтвердження того, що вагітність розвивається нормально.

Щоб зменшити ризик ПМВ, необхідно відмовитися від абортів. При небажаній вагітності вишкрібання має проводитися не пізніше 6–12 тиж виключно у медичному центрі і тільки досвідченим фахівцем. Подальше лікування і реабілітація при цьому вкрай важливі заходи.

Іншим досить частим із невідкладних станів у гінекологічній практиці, який потребує термінового хірургічного втручання, є апоплексія яєчника – раптовий крововилив у

тканину яєчника, що супроводжується порушенням цілісності його тканини, а у деяких випадках ускладнюється кровотечею у черевну порожнину та гемоперитонеумом [16]. Протягом менструального циклу формуються умови, сприятливі для виникнення апоплексії: запальні процеси органів малого таза, склеротичні зміни в тканинах яєчників і судин, варикозне розширення вен яєчників, застійні процеси у малому тазі, фізичні навантаження в середині менструального циклу. Найбільшу небезпеку у разі виникнення апоплексії яєчників має внутрішньочеревна кровотеча, яка може бути масивною і призвести до розвитку геморагічного шоку [9].

Багато дослідників свідчать про те, що морфологічним субстратом апоплексії яєчника у більшості випадків є кісти жовтого тіла (60,0–82,1%) та жовті тіла (14,2–25,6%). Значно рідше інтраабдомінальний крововилив провокується розривом стінки фолікулярної (14,0–17,9%) та ендометріодної (2,0–4,5%) кісти яєчника [11, 24, 25]. Передменструальна гіперемія яєчника, значна васкуляризація ламких тканин жовтого тіла спричиняють гематоми яєчника, у разі розриву яких виникає внутрішньочеревна кровотеча. Розрив жовтого тіла може відбуватись як при матковій, так і при позаматковій вагітності [20].

Проблема апоплексії яєчника зберігає свою актуальність до сьогодні у зв'язку зі зниженням вікового цензу захворювання і невпинної тенденції росту частоти цієї патології [26]. Захворювання може мати тяжкий перебіг і навіть стати загрозою для життя, що у 40% хворих потребує екстреного хірургічного втручання [20].

Діагностичні помилки при цій патології пов'язані з тим, що клініка захворювання не має характерної картини і розвивається за типом інших гострих захворювань черевної порожнини, головним чином запальних процесів придатків матки, ПМВ, апендициту. Така ситуація вимагає необхідності ранньої і швидкої діагностики апоплексії яєчника та вдосконалення методів лікування. Через це найбільшу інформаційну цінність набуває лапароскопія. У сумнівних випадках, за неясного діагнозу або стертої клінічної картини сучасне застосування цього методу безсумнівно скорочує час диференціальної діагностики, дозволяє не тільки візуально оцінити «ситуацію» у черевній порожнині, але й обрати адекватний метод лікування.

Діагностична лапароскопія є заключним етапом у диференціальній діагностиці гострих захворювань черевної порожнини, що дозволяє не тільки виконувати остаточну діагностику апоплексії яєчника, а й проводити лікувальні маніпуляції – евакуацію крові з черевної порожнини, гемостаз за тривалої кровотечі з яєчника, резекцію яєчника або видалення придатків матки [27].

Суттєвим актуальним питанням залишається рецидив апоплексії яєчників і профілактика даного синдрому. Маючи великий арсенал засобів лікування цього захворювання, гінеколог стоїть перед вибором: який з них найбільш раціональний для кожного конкретного випадку. І хоча застосування лапароскопії в гінекологічній практиці збільшує ефективність діагностики і лікування, але загального погляду щодо тактики при вираженому крововиливі у черевну порожнину та методів профілактики рецидиву сьогодні не існує. У 60% хворих спостерігається рецидивний перебіг захворювання, при цьому розвиток больової або геморагічної форми не пов'язаний з характером раніше перенесеної апоплексії яєчника [13, 28, 29].

Проспективне спостереження за хворими після апоплексії яєчника з обстеженням за тестами функціональної гормональної діагностики і динамічним УЗД виявило високу частоту ановуляторних циклів з розвитком фолікулярних кіст (36%) або лютеїнізованих неовульованих фолікулів (47%) і на цьому фоні – рецидивів апоплексії [30].

Профілактика апоплексії яєчників має двобічну спрямованість: з одного боку, доцільне застосування негормональних і гормональних методів лікування для відновлення овуляторних циклів, з іншого – при незацікавленості пацієнтки у настанні вагітності – довготривале (до 6–9 міс) гальмування овуляції із застосуванням оральних контрацептивів. Вибір методу терапії визначається характером репродуктивної функції і видом контрацепції [31].

За останнє десятиліття зросла частота пухлин і пухлиноподібних утворень яєчників: з 6–11% до 19–25% від кількості усіх новоутворень статевих органів [28]. Більша частина виявленої оваріальної патології (58,8%) припадає на пухлиноподібні процеси, а справжні пухлини становлять 39,1%. За окремими гістотипами пухлиноподібних утворень яєчників найчастіше діагностують фолікулярні кісти яєчників (від 40 до 70% усіх кістозних утворень яєчників), на кісти жовтого тіла припадає 2–20%, ендометріоми становлять 5–12% [13, 29]. Отже, у кожної жінки з пухлиноподібними утвореннями яєчників існує ризик виникнення інтраоваріальної кровотечі, пов'язаної з персистенцією доброякісних кістозних утворень, з ускладненням – внутрішньочеревною кровотечею, та розвитком гемоперитонеуму [32].

Розрив кісти яєчника – це різке ускладнення, що супроводжується сильним болем, нерідко – втратою свідомості і лихоманкою. Такий стан вимагає екстреної допомоги в умовах стаціонару, без оперативного втручання воно може призвести до розвитку перитоніту. Чим раніше буде надана допомога, тим вище ймовірність уникнути небажаних наслідків для здоров'я і зберегти фертильність.

Перекрут ніжки пухлини яєчника становить до 20% всіх причин «гострого живота» в гінекології. Частіше його виявляють місце при рухомих пухлинах придатків. Для запобігання розвитку розлитого перитоніту хворі з перекрутом ніжки пухлини яєчника потребують негайного оперативного лікування: проводиться аднексектомія [33]. Зволікання з оперативним втручанням може призвести до некрозу пухлини, інфікування, виникнення спайкового процесу і зрощення пухлини із сусідніми органами, що створить додаткові труднощі під час проведення операції. Об'єм операції залежить від виду пухлини яєчника: при доброякісній пухлині проводять видалення пухлини; за підозри на малігнізацію проводять екстирпацію матки з резекцією сальника.

Лейомиома матки займає 10–20% у структурі всієї гінекологічної патології. Частота захворювання на міому матки серед жінок репродуктивного віку після 30 років становить 20%. Значна варіабельність результатів хірургічного лікування міоми для настання вагітності, за даними різних авторів, коливається від 30% до 75%. Це підкреслює важливість вивчення питань раціонального використання різних видів хірургічних втручань [34–36].

Ендоскопічна хірургія займає домінуючу позицію у лікуванні хворих на міому матки. Порушення кровообігу в міоматозних вузлах при міомі може бути загрозливим для здоров'я і життя жінки, що частіше зумовлено механічними факторами – перекрутом ніжки субсерозно розташованої пухлини, здавлюванням пухлини, порушенням гемодинаміки у матці (зокрема під час вагітності). Тому некроз фіброматозного вузла потребує термінового хірургічного втручання, під час якого проводять надпівову ампутацію (зберігається шийка матки) або екстирпацію матки [22]. Вважається доцільним видалення матки з трубами, які можуть бути у подальшому джерелом інфікування. Міомектомія проводиться тільки при субсерозній локалізації вузла [30].

Гістероскопія – це огляд стінок порожнини матки за допомогою ендоскопа з метою діагностики та проведення лікувальних хірургічних втручань при різних видах внутрішньоматкової патології. В ургентному порядку гістероскопія може

проводитись при мено- чи метрорагіях, у тому числі після вагітності, за наявності субмукозної міоми або її некрозу [40].

Лапаротомічний (через розріз черевної порожнини) метод виконання екстирпації матки в сучасній гінекології застосовується все рідше, для нього існують особливі показання, коли неможливо провести малоінвазивну операцію. На сьогодні найбільш високотехнологічним методом є лапароскопічна гістеректомія – операція, для якої характерно забезпечення доступу в черевну порожнину через кілька невеликих проколів. У них вводять інструментарій й оптичну систему для контролю операції по відеомонітору [41].

На початку операції за допомогою лапароскопа проводиться огляд органів черевної порожнини (шлунок, печінка, петлі кишечника, очеревина, сальник), що дозволяє виявити супутні захворювання за їхньої наявності. Надалі проводять огляд органів малого таза і необхідні маніпуляції. Через розріз у верхній стінці піхви можливе вилучення органу цілком або після його попереднього шматування (за великих розмірів) [42].

Серед основних переваг лапароскопічної гістеректомії виділяють мінімальний косметичний дефект, низький рівень крововтрати, короткий період відновлення; додаткові переваги: десятикратне збільшення за допомогою оптичних інструментів, що дозволяє краще візуалізувати анатомію і, найважливіше, патологію органів малого таза і черевної порожнини. Цей метод забезпечує повний гемостаз, що мінімізує обсяг крововтрати і знижує ризик інфекційних ускладнень. Також при виконанні лапароскопічної гістеректомії є можливість отримати відеодокументацію. Але висока вартість необхідного обладнання призводить до збільшення вартості самої операції, що, за певних умов, можна вважати недоліком цього методу [43].

Післяопераційне ведення хворих ґрунтується на моніторингу серцево-судинної, дихальної, сечовивідної систем, лабораторних даних. Частота післяопераційних ускладнень зменшується при:

- повноцінному обстеженні,
- правильно встановленому діагнозу,
- обґрунтованому об'ємі оперативного втручання,
- точному оцінюванню загального стану хворої,
- адекватній передопераційній підготовці [44].

Часто серед запальних захворювань жіночих статевих органів симптоми «гострого живота» виникають внаслідок гнійного запалення придатків. Під час первинного запального процесу триває формування гнійника у придатках. Цьому сприяє особливість мікрофлори – збудник запального процесу, супутня генітальна та екстрагенітальна патологія, наявність у порожнині матки внутрішньоматкового контрацептиву, неповноцінне лікування. Але частіше гнійні ускладнення розвиваються при довготривалому рецидивному салпінгоофориті [16]. Збудниками аднекситу можуть бути:

- аероби – гонококи, стафілококи, протей, кишкова паличка, ентерококи;
- анаероби – пневмо-, стрептококи, бактероїди;
- хламідії;
- мікоплазми;
- уреоплазми.

Основний шлях інфікування – висхідний (статевий). Спочатку розвивається ендосальпінгіт, потім процес поширюється на підслизовий, м'язовий та серозні шари. У просвіті труби накопичується серозний ексудат. У разі адгезії кінцевих відділів виникає гідросальпінгс, при нагноєнні вмісту труби – піосальпінгс.

Яєчник втягується у запальний процес, як правило, вторинно. Після овуляції у жовтому тілі може сформуватись абсцес, при повному розплавленні тканини яєчника виникає піовар. Унаслідок деструкції тканин піовар поєднується з піосальпінгсом – і утворюється тубоваріальний абсцес [11].

З діагностичною метою проводять пункцію черевної порожнини через заднє склепіння піхви. Отриманий при цьому гній підтверджує наявність перфоративного піосальпінгсу чи піовару і є показанням для хірургічного лікування. Якщо пунктат не отримано – проводять прицільну пункцію тубоваріального утворення. Отримання гною підтверджує діагноз гнійного запалення придатків матки, але у зв'язку з обмеженістю процесу дає змогу у молодих жінок проводити консервативне лікування.

Додатковими методами дослідження, які використовуються для діагностики гнійних запальних захворювань придатків матки, є УЗД і лапароскопія [45]. Обов'язково проводять ідентифікацію і визначення чутливості до антибіотиків мікробного фактора, який став причиною гострого запального процесу. Бактеріологічно вивчаються виділення із піхви, каналу шийки матки, сечівника, пунктат із черевної порожнини, а в разі оперативного втручання – вміст гнійного вогнища.

У разі поширення запального процесу на всю очеревину розвивається перитоніт – тяжка хірургічна і гінекологічна патологія, яка характеризується ендогенною інтоксикацією внаслідок порушень мікроциркуляції, а за несвоєчасного та неповноцінного лікування, поліорганної недостатності – деструктивними змінами у нирках, печінці, тонкому кишечнику. Летальність від перитоніту становить 20–30%, а при найбільш тяжких формах досягає 45–50% [12, 16].

За статистикою перитоніт діагностують у 15–20% хворих з діагнозом «гострий живіт», а у 12–43% він є причиною виконання екстреного хірургічного втручання [46]. Висока летальність при хірургічній патології залежить від причини виникнення перитоніту, стадії процесу, поширення запалення у черевній порожнині, віку хворої та наявності й тяжкості супутньої патології. Передопераційну підготовку проводять протягом двох годин, що включає в себе промивання шлунку, інфузійну терапію з метою дезинтоксикації і стабілізації стану жінки; внутрішньовенне введення антибіотиків. Об'єм оперативного втручання залежить від конкретної ситуації. Обов'язковим є видалення гнійного вогнища і санація черевної порожнини.

Лікування хворих із гнійним процесом у черевній порожнині є складною проблемою, яка для успішного вирішення потребує швидких та рішучих дій. Ефективним є лише оперативне лікування з видаленням уражених придатків та наступним дренажуванням черевної порожнини. Лапаротомію слід виконувати нижньосереднім розрізом, оскільки цей доступ дає можливість провести ревізію органів черевної порожнини та широке її дренажування, а у разі необхідності – й перитонеальний діаліз.

Під час операції доцільно оглянути апендикс через часте його залучення до патологічного процесу, а у разі виявлення патологічних змін провести апендектомію [47]. Видалення гнійного вогнища завжди є технічно важким і вимагає обережності й ретельності, але видалити гнійне утворення обов'язково треба, тому що дренажування без видалення призводить до утворення гнійних фістул, які довго не загоюються.

Консервативне ведення таких хворих (антибіотики, загальнозміцнювальна терапія, холод на низ живота) може дати тимчасове поліпшення стану, але до видужання не приводить. Захворювання набуває хронічного рецидивного характеру із частими загостреннями [48]. Зрештою все одно доводиться вдаватись до оперативного втручання, проте перед операцією необхідно провести відповідну підготовку хворої з метою стимуляції імунної системи організму, детоксикації.

Промивання черевної порожнини – невід'ємна частина всіх ендоскопічних операцій [16]. Ця маніпуляція забезпечує профілактику виникнення післяопераційних спайок, а також усуває токсичний ефект від крові, що витікає з ушкоджених тканин. Промивання органів малого таза здійснюють стерильним фізіологічним розчином у процесі оперативного

втручання для поліпшення умов операції, видалення згустків крові, вмісту кістозних новоутворень. Після закінчення операції ця процедура є обов'язковою і складається з повторних етапів промивання поверхні органів невеликим об'ємом рідини з наступним її відсмоктуванням.

Ведення післяопераційного періоду після лапароскопічного втручання спрямоване на профілактику та своєчасне виявлення можливих ускладнень [12, 14, 16, 44]. Профілактика ускладнень включає [15]:

- ретельний відбір хворих для дослідження;
- відповідну кваліфікацію хірурга-ендоскопіста;
- критичне оцінювання можливостей лапароскопічного доступу;
- повноцінну візуалізацію об'єкта операції;
- наявність повноцінного та належного ендохірургічного інструментарію;
- адекватне анестезіологічне забезпечення;
- диференційований підхід до методів гемостазу;
- лапаротомію – за наявності технічних труднощів та інтраопераційних ускладнень.

Усі лікувальні заходи у післяопераційний період повинні бути спрямовані на боротьбу з інфекцією, корекцію патологічних змін, пов'язаних з основним захворюванням, підтримку функції основних систем організму.

У сучасному світі, в умовах стрімкого темпу науково-технічного прогресу лапароскопічні методи в гінекології використовують дуже широко: близько 95% гінекологічних операцій виконують за допомогою лапароскопії, адже це більш інформативне дослідження, яке дозволяє вирішити діагностичні сумніви при гострій абдомінальній патології і скоротити частку невідрядних лапаротомій, що важливо у хворих з високим операційним ризиком [48, 49].

Але й до сьогодні тривають дебати щодо кращого способу виконання оперативного втручання при більшості гострих хірургічних захворювань у гінекології. При цьому наводяться такі аргументи: час оперативного втручання, косметичний

ефект, вартість, післяопераційна реабілітація, час відновлення працездатності тощо [50]. Із впровадженням відеолапароскопічної техніки можливості ендоскопічного лікування значно розширилися, що підтверджується цілою низкою переваг лапароскопічних методів лікування порівняно з класичними:

- хороша візуалізація при кратності збільшення;
- кращий доступ до таза і верхньої черевної порожнини;
- можливість здійснювати прицільний гемостаз;
- невеликий розріз черевної стінки;
- короткий термін госпіталізації;
- швидке одужування;
- низький рівень ускладнень у післяопераційний період.

Але є й певні недоліки:

- тривале навчання спеціаліста;
- тривалий час операції;
- висока вартість;
- складне видалення великого субстрату;
- певні протипоказання (при судинних або легневих пошкодженнях);
- можливі ускладнення (пошкодження сечового міхура, сечовода, великих судин, кишечника).

Отже, для поліпшення якості хірургічної допомоги хворим з гострими захворюваннями і пошкодженнями внутрішніх органів необхідна чітка організація невідкладної медичної допомоги, що забезпечує своєчасну їхню госпіталізацію, всебічне обстеження в стаціонарі з розумним використанням всіх сучасних методів діагностики, ефективна передопераційна підготовка, раціональна хірургічна тактика та інтенсивна терапія у післяопераційний період.

Способи обстеження та об'єм лікувальних заходів залежать від характеру захворювання або травми, можливостей лікувальної установи, у якій надається хірургічна допомога, і найважливіше – від професіоналізму і багатопрофільності лікарів. Адже ургентна хірургія – як передній фронт на полі битви, і кожне врятоване життя – це привід для професійної гордості!

### Сведения об авторах

**Бойко Владимир Иванович** – Кафедра акушерства и гинекологии медицинского института Сумского государственного университета МОН Украины, 40018, г. Сумы, ул. Санаторная, 3; тел.: (0542) 33-03-25

**Терехов Владимир Андреевич** – Кафедра акушерства и гинекологии медицинского института Сумского государственного университета МОН Украины, 40018, г. Сумы, ул. Санаторная, 3; тел.: (0542) 33-03-25

### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Шафранський ВВ, Слабкий ГО, Качала ЛО. 2016. Основи Європейської політики і стратегія для XXI століття: стратегічне керівництво в інтересах здоров'я. Економіка і право охорони здоров'я. 2(4):72-5.
2. Слабкий ГО. 2016. Система громадського здоров'я: бачення Всесвітньої організації охорони здоров'я. Журнал заступника головного лікаря. 5(16):51-61.
3. Веропотвелян ПН. 2017. Репродуктивне здоров'я жінки – одна із важливіших проблем держави. Медичні аспекти здоров'я жінки. 3:34-46.
4. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України за 2017 рік // МОЗ України. ДУ УІСД МОЗ України. – К.: МВЦ Медінформ, 2018. – 458 с.
5. Степурко ТГ, Семигіна ТВ, Барська ЮГ та ін. [укладачі]. Індекс здоров'я. Україна-2018: Результати загальнонаціонального дослідження. – К., 2018. – 175 с.
6. Заклади охорони здоров'я та захворюваність населення України у 2017 році. Статистичний збірник // Державна служба статистики України. – К., 109. – 2018 с.
7. Рогач ІМ, Керецман АО, Гаджега ІІ. 2019. Огляд динаміки демографічної ситуації в Україні та її регіонах на фоні країн ЄС та світу: проблеми та перспективи. Проблеми клінічної педіатрії. 2(44):49-56.
8. Статистика Населення України за 2018 рік. Демографічний щорічник. 2019. Державна служба статистики України. 188 с. [інтернет] [http://database.ukrcensus.gov.ua/PXWEB2007/ukr/publ\\_new1/2019/zb\\_ukr\\_2018.pdf](http://database.ukrcensus.gov.ua/PXWEB2007/ukr/publ_new1/2019/zb_ukr_2018.pdf)
9. Howard JW, Jones HW, Wentz AC, Burnett LS. 2017. Novak's textbook of gynecology. Baltimore: Williams & Wilkins. 919.
10. Фомін ПД, Усенко ОЮ, Березницький ЯС [редактори]. Невідкладна хірургія органів черевної порожнини (стандарти організації та професійно орієнтовані алгоритми надання медичної допомоги). – К.: Бібліотека Здоров'я України, 2018. – 354 с.
11. Краснополський ВІ, Буянова СН, Щукина НА, Попов АА. Оперативна гінекологія. – М.: МЕДпресс-інформ., 2017. – 320 с.
12. Зозуля ІС. Медицина невідкладних станів: швидка і невідкладна медична допомога. – К.: ВСВ Медицина, 2012. – 728 с.
13. Fan SX, Wang FM, Lin LS, Song YF. 2017. Re-treatments of recurrence after pelvic floor repair surgery. Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi. 52(6):374-8.
14. Вдовиченко ЮП, Горбунова ОВ, Волошин АА. 2015. Комплексная предоперационная подготовка и послеоперационная профилактика при лапароскопических операциях в гинекологии. Здоровье женщины. 4(24):157-8.
15. Кондратюк ВК. 2015. Инструментальные методы исследования в гинекологии. Медицинские аспекты здоровья женщины. 4(90):10-19.
16. Парашук ЮС, Грищенко МГ, Парашук ВЮ, Сафонов РА. Оперативна гінекологія: навч. посібник. – Харків: ХНМУ, 2017. – 132 с.
17. Frejka T, Gietel-Basten S. 2016. Fertility and Family Policies in Central and Eastern Europe after 1990. Comparative Population Studies. 41:3-56.
18. Tracking Universal Health Coverage: 2017 Global Monitoring Report. 2017. WHO and the International Bank for Reconstruction and Development, 88.
19. Данкович НА, Воробей-Виховская ВН. 2013. Причины и формы бе-

сплодия. Современные возможности диагностики и лечения. Здоровье женщины. 3:192-7.  
 20. Rana P, Kazmi I, Singh R et al. 2013. Ectopic pregnancy: a review. Arch. Gynecol. Obstet. 288(4):747-57.  
 21. Ridgeway BM, Cadish L. 2017. Hysteropexy: Evidence and Insights. Clin Obstet Gynecol. 60(2):312-23.  
 22. Bulletti C, De Ziegler D, Polli V. 2017. The role of leiomyomas in infertility. J. Am. Assoc. Gynecol. Laparosc. 6(4):441-5.  
 23. Daraiv E, Echaud H, Benifla JL et al. 2015. Fertility after laparoscopic myomectomy: Preliminary results. Hum. Reprod. 12:1931-4.  
 24. Zafrafas M, Grimbizis G, Timologou A, Tarlatzis BC. 2014. Endometriosis and ovarian cancer risk: a systematic review of epidemiological studies. Front. Surg. 1:14-20.  
 25. Іщак ОМ. 2018. Вплив різних варіантів оперативного лікування апоплексії яєчника на стан оваріального резерву. Здоровье женщины. 4(130):75-7.  
 26. Іщак ОМ, Вдовиченко ЮП. 2018. Вплив апоплексії яєчника на репродуктивне здоров'я жінок. Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології. 2:48-51. [інтернет] <https://doi.org/10.11603/24116-4944.2018.2.9215>  
 27. Маркін ЛБ, Мартин Ю. Лапароскопічні втручання в гінекологічній практиці. – Діагностика: Посвіт, 2014. – 220 с.  
 28. Суханова АА, Єгоров МЮ. 2016. Сучасні принципи лікування доброякісних

і пограничних пухлин яєчників та можливості профілактики їхніх рецидивів (Огляд літератури). 4(110):56-60.  
 29. Fortner RT, Ose J, Merritt MA et al. 2015. Reproductive and hormone-related risk factors for epithelial ovarian cancer by histologic pathways, invasiveness and histologic subtypes: Results from the EPIC cohort. Int J Cancer. 137(5):1196-208.  
 30. Darai E, Fauvet R, Uzan C, Gouy S et al. 2013. Fertility and borderline ovarian tumor: a systematic review of conservative management, risk of recurrence and alternative options. Hum Reprod Update. 19(2):151-66.  
 31. Іщак ОМ. 2017. Наукове обґрунтування реабілітаційної терапії після апоплексії яєчника. Здоровье женщины. 10(126):119-21.  
 32. Романова ФА, Пісоцька ЛА, Дзюк ГВ та ін. Невідкладні стани при анемічному та геморагічному синдромах: Навчальний посібник. Дніпропетровськ, 2012. – 134 с.  
 33. Олаф Истре. Мини-инвазивная гинекологическая хирургия [пер. с англ. под общ. ред. Радзинского ВЕ, Духина АО]. – М.: ГЭОТАР-Медия, 2017. – 288 с.  
 34. Miller CE. 2015. Myomectomy. Comparison of open and laparoscopic techniques. Obstet Gynecol Clin North Am. 27(2):407-20.  
 35. Доброхотова ЮЗ, Ибрагимова ДМ, Сапрыкина ЛВ. Миома матки. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 96 с.

36. Milani R, Frigerio M, Spelzini F, Manodoro S. 2017. Transvaginal uterosacral ligament hysteropexy: a video tutorial. Int Urogynecol J. 28(5):789-91.  
 37. 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. Шулика. Київ. 28(2):74-9.  
 38. Поліщук ТП. 2017. Поєднання міоми матки та аденоміозу: тактика хірургічного лікування. Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П.Л.Шулика. Київ. 28(1):173-8.  
 39. Вдовиченко ЮП, Гнип ІП, Воробій ВД. 2015. Оптимізація діагностики й ендоскопічного лікування аденоміозу і порушень репродуктивної функції. Здоровье женщины. 6(102):149-50.  
 40. Голяновський ОВ, Будченко МА. 2017. Оптимізація техніки виконання консервативної міомектомії у жінок репродуктивного віку. Збірник наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України. Рівне: ПП Естеро. 2(40):75-80.  
 41. Tatum JM, Samakar K, Bowdish ME, Mack WJ et al. 2018. Videoesophagography versus Endoscopy for Prediction of Intraoperative Hiatal Hernia Size. Am Surg. 84(3):387-91.  
 42. Yilmaz EM, Soyder A, Aksu M, Bozdağ AD et al. 2017. Contribution of an educational video to surgical education in laparoscopic appendectomy. Turk J Surg. 33(4):237-42.  
 43. Громова АМ, Мартиненко ВБ, Тара-

сенко КВ., Нестеренко ЛА. 2017. Діагностика та оперативна лапароскопія в гінекології. Збірник наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України. Рівне: ПП Естеро. 2(40):109-12.  
 44. Гаврилюк ГМ, Макарчук ОМ. 2016. Постгістеректомічні порушення, їхня діагностика та профілактика. Здоровье женщины. 7(113):52-4.  
 45. Гаспаров АС, Хачатрян АК. Интраоперационная и лапароскопическая эхография в репродуктивной гинекологии: практическое пособие. – М.: МИА, 2013. – 72 с.  
 46. Бицадзе ВО, Макацария АД, Стрижакова АН и др. Жизнеугрожающие состояния в акушерстве и перинатологии. М.: Мединформгентство, 2019. – 672 с.  
 47. Генік НІ, Ласитчук ОМ, Пахаренко ЛВ та ін. 2016. Профілактика післяопераційних гнійно-запальних ускладнень у гінекології. Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології. 2:54-6.  
 48. Jacobsen LJ. 2017. Results of conventional and hysteroscopic surgery. Human Reproduction. 12:1376-81.  
 49. Юзько ОМ, Юзько ТА. 2015. Лапароскопія в діагностиці та лікуванні жіночої безплідності. Клінічна анатомія та оперативна хірургія. 2:35-6.  
 50. Зозуля ІС, Боброва ВІ, Рошчін ГТ та ін. Медицина невідкладних станів: екстрена (швидка) медична допомога: підручник. 3-є вид., перер. і доп. – К.: ВСВ Медицина, 2017. – 960 с.

Статья поступила в редакцию 03.03.2020

**Журнал «Здоровье женщины» индексируется и/или представлен здесь:**

- «Библиометрика украинской науки»
- «Научная периодика Украины» (Национальной библиотеки Украины имени В.И. Вернадского)
- Google Scholar
- Copernicus International
- Science Index (eLIBRARY.RU)
- CrossRef (статьям журнала присваивается цифровой идентификатор объекта (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 (IIJIF)
- Hinari

