Міністерство охорони здоров`я України
Харківський національний медичний університет

Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини, медсестринства та біоетики

Магістерська робота
На тему « Обгрунтування призначення різних типів хірургічних втручань в гінекологічній практиці»

Спеціальність 223 «Медсестринство»

Виконав магістр
Майорова Яна Олександрівна

Науковий керівник:
Кандидат медичних наук
Болокадзе Євгенія Олександрівна

Харків 2026

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ.....3
ВСТУП.....4
РОЗДІЛ І. ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ.....6
1.1. Гінекологічні захворювання при яких показане оперативне втручання 6
1.2. Види гінекологічних операцій.....7
1.3. Ранні і віддаленні ускладнення та функціональні порушення після оперативних втручань на органах черевної порожнини.....24
РОЗДІЛ ІІ. МЕТОДИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ.....36
2.1. Організація дослідження….....36
2.2. Матеріали та методи дослідження….....36
РОЗДІЛ ІІІ. РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ.....38
3.1. Опрацювання результатів дослідження.....38
ВИСНОВКИ.....60
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ І ДЖЕРЕЛ….....61

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

ВООЗ -	Всесвітня організація охорони здоров’я
ГПМК -	Гостре порушення мозкового кровообігу
ЕКГ -	Електрокардіограма
ІХС -	Ішемічна хвороба серця
ЛНАМ -	Лапароскопічна надвохвильова ампутація матки
ММ -	Міома матки
ПОП -	Післяопераційний період
ССС -	Серцево-судинна система
ХОЗЛ -	Хронічні обструктивні захворювання легень
ШВЛ -	Штучна вентиляція легень

ВСТУП

З патофізіологічної точки зору, хірургічна операція являє собою багатокомпонентний стрес, який викликає порушення функцій життєво важливих органів і систем хворого. За даними ВООЗ у 20-30% хворих, що підлягають хірургічному лікуванню, виявляється ще одне або декілька захворювань, котрі потребують даного лікування [41].

Порушення діяльності дихальної та серцево-судинної систем (ССС), зниження перистальтики кишечника вважаються післяопераційними ускладненнями, які вимагають відповідної корекції, тому що при їх прогресуванні, навіть технічно правильно виконана операція, нерідко закінчується смертельними наслідками.

Використання сучасних малоінвазивних та лапароскопічних технологій дає змогу виконувати оперативне втручання менш травматично, з мінімальною інтраопераційною крововтратою та скорочує тривалість операції. Малоінвазивна хірургія стає все більш поширеним методом діагностики та лікування, особливо у гінекології. Це пояснюється всіма перевагами лапароскопічного доступу, порівняно з лапаротомічним. При правильному підході ендоскопічний доступ стає методом вибору при багатьох гінекологічних захворюваннях [35].

Мета роботи – провести огляд гінекологічних операцій та зробити їх аналіз.

Завдання:

- Опрацювати та проаналізувати існуючі наукові розробки щодо гінекологічних захворювань при яких показане оперативне втручання
- Охарактеризувати види гінекологічних операцій

- Проаналізувати частоту і характер ускладнень після ургентних операцій на черевній порожнині, визначити фактори, що сприяють їх розвитку та існуючі підходи до їх профілактики.
- Провести аналіз статистичних даних щодо проведених гінекологічних операцій.

Об'єкт дослідження. Гінекологічні операції.

Предмет дослідження – особливості проведення гінекологічних операцій.

Методи дослідження. У роботі використано аналіз спеціальної науково-методичної літератури, нормативно-правових документів, науковий аналіз основних понять дослідження, моніторинг, системний, ситуаційно-логічний, графічний та статистичний аналіз.

Інформаційна база дослідження. Інформаційною базою дослідження були нормативно-правові документи, монографічна література та фахові статті вітчизняних та зарубіжних вчених, статистичні збірники, енциклопедичні видання та електронні ресурси.

РОЗДІЛ І
ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ

1.1. Гінекологічні захворювання при яких показане оперативне втручання

Планові та екстрені гінекологічні операції можна виконувати лапароскопічним способом. До планових лапароскопічних гінекологічних втручань належать: діагностична лапароскопія з біопсією; стерилізація; операції при трубній та перитонеальній безплідності; операції з приводу пухлин та кіст яєчників, синдрому полікістозних яєчників; тубектомія; оперативне лікування ендометріозу; енуклеація міоматозних вузлів матки; гістеректомія; екстирпація матки з лімфаденектомією; реконструктивно-пластичні операції під час пороків розвитку внутрішніх статевих органів; кольпопексія. За екстреними показаннями виконують лапароскопічні операції при: трубній вагітності; апоплексії яєчника; розрив кісти яєчника; перекруту придатків матки; перекрут субсерозного міоматозного вузла; гострі запальні захворювання матки (гнійний сальпінгіт, піосальпінкс, гнійні тубооваріальні утворення); необхідності диференціальної діагностики між гострою хірургічною та гінекологічною патологією [16].

До лапароскопічного втручання, окрім показань, існують і протипоказання. В даний час серед них виділяють абсолютні та відносні протипоказання. Абсолютні протипоказання: захворювання серцево-судинної, дихальної систем у стадії декомпенсації; шокові, коматозні стани; кахексія; гостра ниркова та печінкова недостатності; гострі інфекційні захворювання; поширений перитоніт; поширений спайковий процес у черевній порожнині, встановлений під час попередньої лапаротомії (особливо якщо при проведенні хірургічних втручань були пошкодження кишківника та/або великих судин); вагітність пізніх термінів; ускладнення під час накладання пневмоперитонеуму

або при введенні троакара, велика емфізема, пошкодження порожнистих органів черевної порожнини, великих судин; коагулопатія, що не коригується [21].

Відносними протипоказаннями є перенесені раніше операції в зоні об'єкта втручання; ожиріння III–IV ступеня; ендоскопічна хірургія дозволяє виконувати радикальні втручання без широкого розсічення шкірних покривів через точкові проколи тканин. Перевагами лапароскопії є: малоінвазивність та косметичний ефект; скорочення термінів перебування пацієнтки у стаціонарі та реабілітації внаслідок швидкого відновлення життєвих функцій та працездатності; зниження частоти та тяжкості ускладнень у зв'язку з меншим ризиком утворення спайок, післяопераційного парезу кишечника та формування вентральних гриж [31].

1.2. Види гінекологічних операцій

Існує велика кількість гінекологічних операцій. Наведемо деякі їх види.

Операції на матці діляться на дві великі групи: органозберігаючі та радикальні (органозносні). Показаннями до операцій на матці є ММ, аденоміоз, злоякісні новоутворення, гнійно-запальні захворювання, аномалії розвитку матки. Органозберігаючі операції виконуються пацієнтам з невиконаною репродуктивною функцією. Міомектомія – органозберігаюча пластична операція, що здійснюється лапароскопічним доступом з урахуванням раціональних показань та протипоказань.

Лапароскопічна міомектомія включає 4 основні етапи:

1. гідропрепарування та виділення капсули
2. енуклеація (вилущування) міоматозного вузла
3. гемостаз судинного ложа
4. накладання швів для відновлення нормальної анатомії матки
5. видалення пухлини [23].

Для полегшення виділення міоматозного вузла застосовується гідропрепаровка з використанням пункційної голки та 0,25% розчину

адреналіну. Цей прийом також дозволяє зменшити обсяг крововтрати при розсіченні тканин. Для розсічення використовують різні види енергії: електрокоагулятор, лазер, гармонійний скальпель, аргоновий промінь та висічення за допомогою ножиць. Електроніж слід повільно занурювати в тіло матки до тих пір, поки не з'явиться білувата поверхня вузла і не визначиться капсула, як на рис.1.1.

При субсерозно-інтерстиціальній локалізації міоматозного вузла після гідропрепарування серозний та м'язовий шари матки розрізають електроножем у вертикальному чи горизонтальному напрямку, що залежить від локалізації пухлини. При субсерозному розташуванні міоматозного вузла немає необхідності в попередньому гідропрепаруванні. Вузол фіксують жорстким затискачем, ніжку пухлини коагулюють і відсікають електроножем або ножицями. При інтерстиціальних міоматозних вузлах розріз виконують в місці найбільшої деформації стінки матки. Після розсічення вузол вилущують механічним інструментом (рис. 1.2), додатково відсікаючи від навколишніх тканин. Крім того, проводиться підтягування міоматозного вузла з одночасною ротацією для максимально щадного його видалення [12].

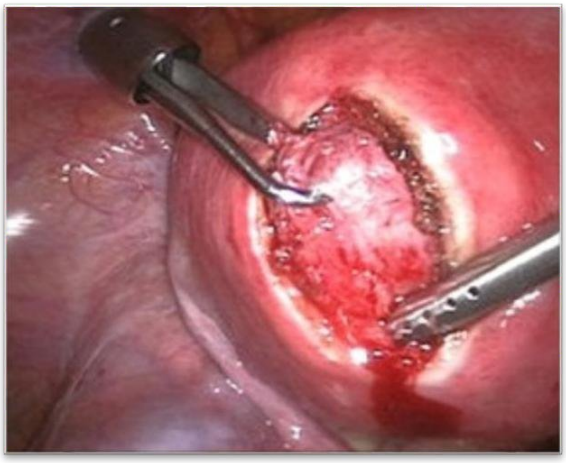


Рис.1.1. Виділення капсули міоматозного вузла

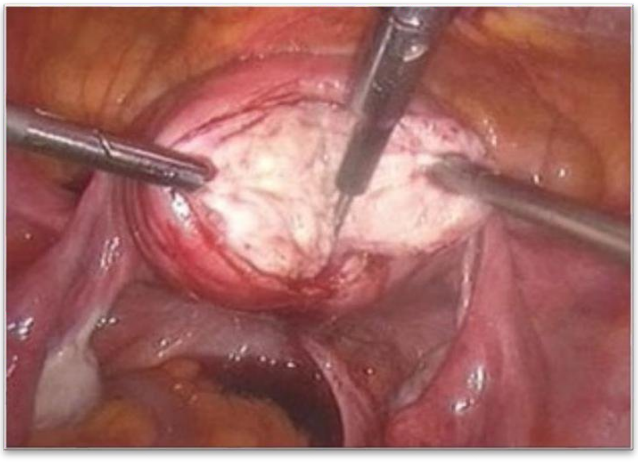


Рис.1.2. Вилущування міоматозного вузла

Відновлення нормальної анатомії матки з накладанням швів є також шляхом досягнення повного гемостазу. Необхідно адекватно зіставити краї рани

з підхоплюванням дна, щоб забезпечити подальше формування повноцінного рубця на матці (рис. 1.3).

Застосовуються безперервні або вузлові шви, зав'язування яких може здійснюватися екстракорпорально або інтракорпорально. Накладання швів в залежності від типу вузла проводиться в 1 або 2 ряди (рис. 1.4). Оптимальне застосування вигнутих голок великого діаметру [35].

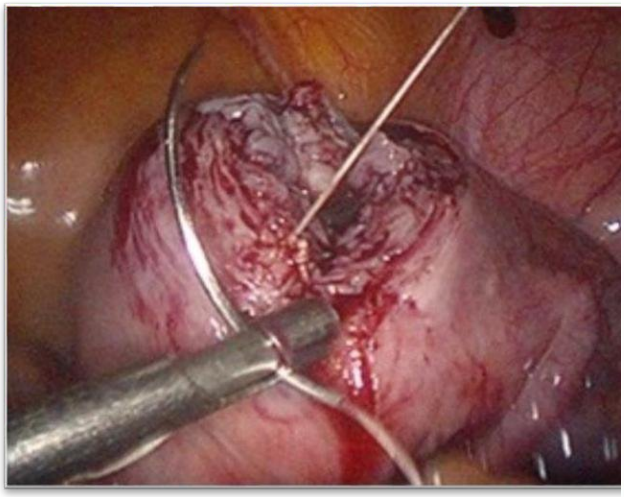


Рис. 1.3. Ушивання ложа міоматозного вузла

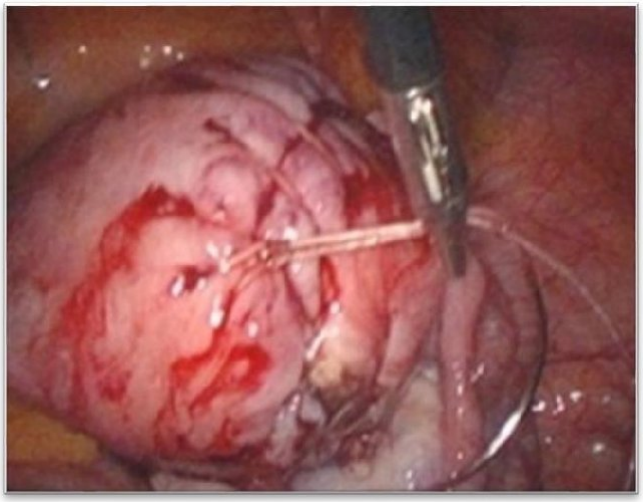


Рис. 1.4. Остаточний вид після ушивання ложа міоматозного вузла.

Особливої уваги заслуговує сучасний шовний матеріал - монофіламентна нитка, що самофіксується, розроблена з використанням односпрямованих насічок, що дозволяє проводити нитку через тканини тільки в одному напрямку. Після затягування нитка не розпускається. Однонаправлені зубці на нитки рівномірно розподіляють напругу в тканині по всій нитці, що забезпечує рівномірне кровопостачання рани та її успішне загоєння [32].

До органозберігаючих операцій на матці відноситься також видалення вузлів аденоміозу, що здійснюється аналогічно видаленням міоматозних вузлів. Слід зазначити, що видалення вузлів аденоміозу технічно утруднюється відсутністю чітких меж утворення. В іншому, етапи операції ті самі.

Існує три способи вилучення вузлів: мінілапаротомія, задня кольпотомія, морцеляція. Мінілапаротомія передбачає розширення розрізу черевної стінки у місці введення вторинного троакара, що значно знижує косметичний ефект. Задня кольпотомія – швидкий і простий шлях вилучення вузлів, що полягає у вилученні міоматозного вузла через заднє склепіння піхви. Застосування даного методу є важким у жінок, які не народжували. Морцеляція – застосування електрохірургічного інструменту (морцелятора) для видалення міоматозного вузла шляхом його поділу на фрагменти діаметром, рівним діаметру трубки морцелятора. Пластичні операції на матці виконуються у пацієнток, які планують вагітність та мають аномалії розвитку матки або рубці після попередніх оперативних втручань [24].

Метропластика – висічення неспроможного рубця на матці після попереднього кесаревого розтину. Після розкриття міхурово-маткової складки та низведення сечового міхура, за допомогою монополярного електрода типу «голка» та ножиць проводиться висічення патологічно зміненої рубцевої тканини (рис. 1.5). Видалення рудиментарного рубця проводять шляхом його відсікання вище місця біфуркації маткової артерії на висхідну та низхідну гілки. Цілісність міометрію відновлюють 2 рядами швів (синтетичний шовний матеріал, що розсмоктується) [33].

Радикальні операції включають надпіхвову ампутацію і екстирпацію матки. Субтотальна лапароскопічна гістеректомія, або лапароскопічна надвохвильова ампутація матки (ЛНАМ) найчастіше проводиться молодим пацієнткам (до 45 років) за відсутності патології шийки матки. Операція менш травматична порівняно з екстирпацією матки, однак у разі потреби радикального лікування переважна екстирпація матки [37].

Перетин круглих зв'язок матки. При відведенні матки вперед і в сторони створюється необхідний натяг круглих зв'язок, які додатково захоплюються в середині атравматичним затискачем, коагулюються та розсікаються ножицями. (рис. 1.6).

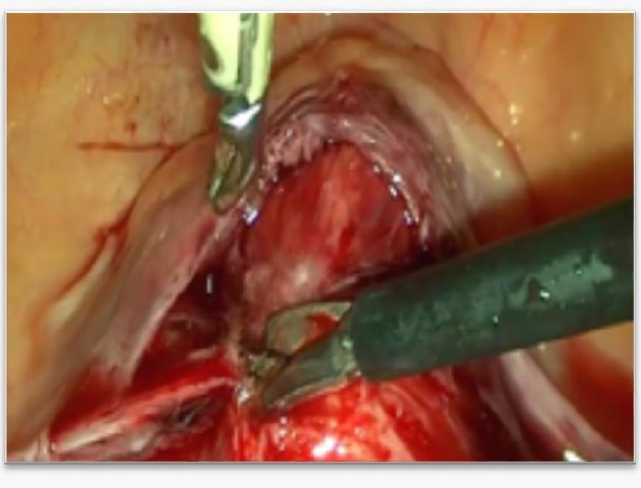


Рис. 1.5. Висічення післяопераційного рубця на матці



Рис.1.6. Коагуляція та перетин круглої зв'язки матки

Перетин верхньої частини зв'язкового апарату матки. При розтині заднього листка широкої зв'язки матки від парієтальної підлеглої очеревини, звільняються власна зв'язка яєчника, маточна труба і венозне сплетення параметрія (так звана техніка вікна (рис. 1.7). При цьому сечовід зміщується донизу і латерально [43].

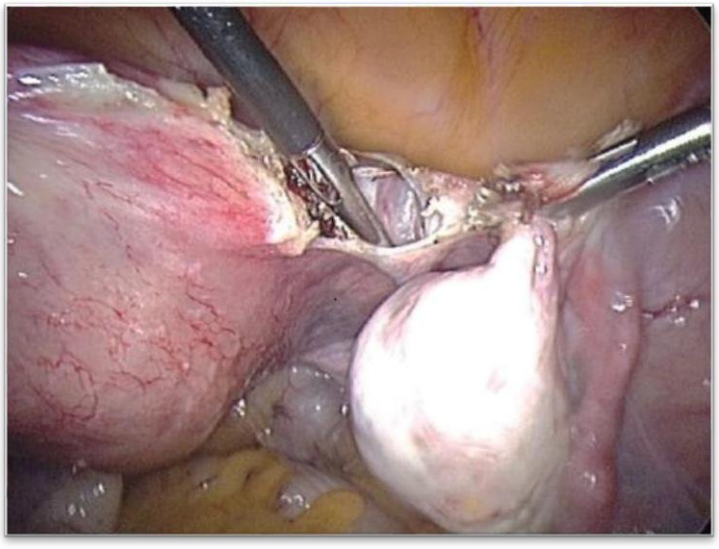


Рис.1.7. Формування вікна в широкій зв'язці матки

Якщо придатки матки необхідно зберегти, то вони можуть бути відокремлені від матки шляхом коагуляції та перетину власної зв'язки яєчника та маткової труби (рис. 1.8, 1.9).

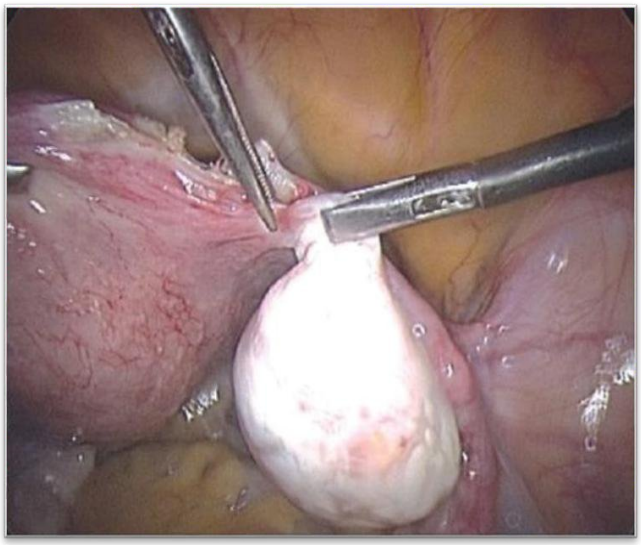


Рис. 1.8. Коагуляція та перетин власної зв'язки яєчника

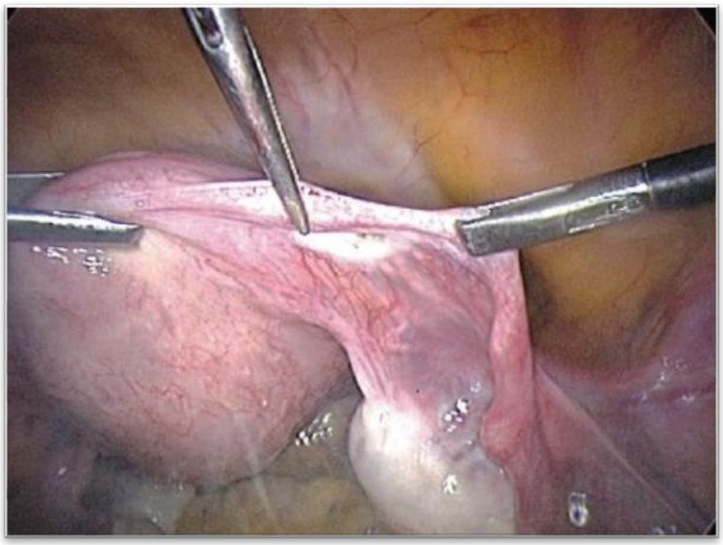


Рис.1.9. Коагуляція та перетинання маткової труби

Якщо є показання для видалення придатків матки, то коагулюються і перетинаються воронко-тазова зв'язка. Допустимо накладання при цьому лігуючих швів та скоб. Висока вартість скоб і степлерів компенсується надійністю гемостазу, особливо за наявності варикозно розширених вен [8].

Відсікання матки. За допомогою монополярної коагуляції (найзручніше L-подібним електродом) в режимі різання тканин відсікають тіло матки від шийки вище рівня коагуляції судинного пучка (рис. 1.10). Можливе також застосування дзьобоподібних ножиць [45]. Вилучення тіла матки з черевної порожнини при ЛНАМ може бути виконане аналогічно видаленню міоматозних вузлів при лапароскопічній міомектомії (рис.1.11).

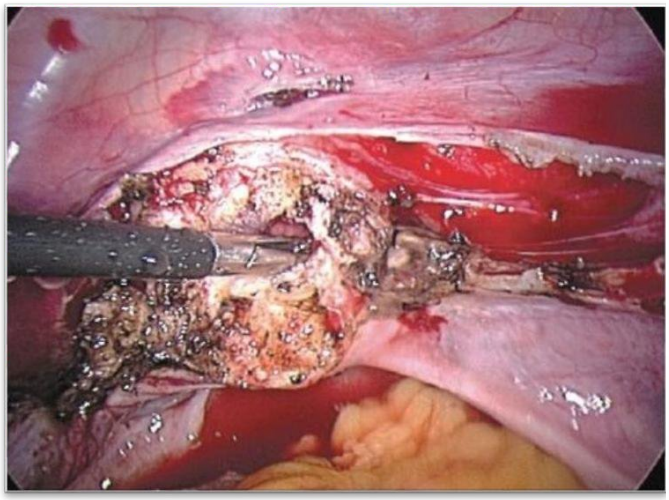


Рис.1.10. Відсікання тіла матки від шийки



Рис. 1.11. Морцеляція тіла матки після відсікання від шийки матки

Екстирпація матки (тотальна гістеректомія). Використання маткового маніпулятора – необхідна умова при виконанні лапароскопічної гістеректомії. Система важелів маткового маніпулятора дозволяє переміщати матку в будь-яке зручне положення, що суттєво полегшує виконання операції, служить профілактикою ускладнень та сприяє скороченню тривалості хірургічного втручання. Це пристосування оснащене пластиковим півкільцем, що випинає склепіння піхви, і 3 гумовими кільцями зростаючого діаметра, які запобігають втраті газу при відсіканні матки від склепіння піхви. Етапи операції лапароскопічної гістеректомії аналогічні лапароскопічній надхвильової ампутації матки до моменту диссекції сечового міхура, після якого виконується перетин крижово-маткових зв'язок [11, 44].

Перетин крижово-маткових зв'язок. Вертикальне положення зі зміщенням матки в сторони відкриває доступ до крижово-маткових зв'язків. Працюючи в строго медіальному напрямку хірург зсуває очеревину позадиматкового простору донизу, у напрямку до крижово-маткових зв'язків, після чого коагулює та відсікає крижово-маткові зв'язки (рис. 1.12) та очеревину між ними.

Для гемостазу маткових судин доцільним є застосування біполярної

коагуляції або лігування судинного пучка (рис. 1.13).

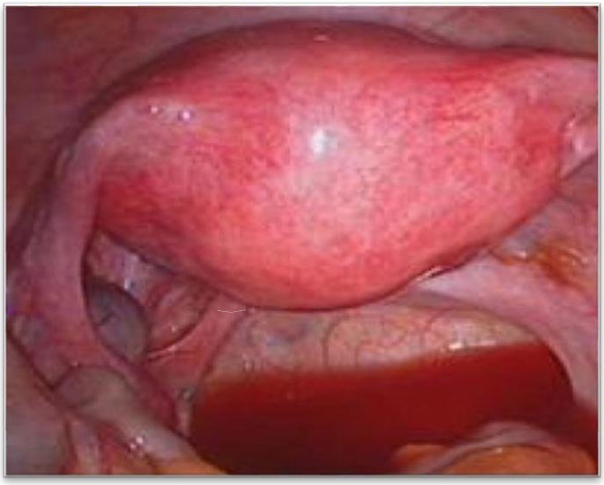


Рис.1.12. Коагуляція та перетинання крижово-маткової зв'язки (зазначені стрілками)

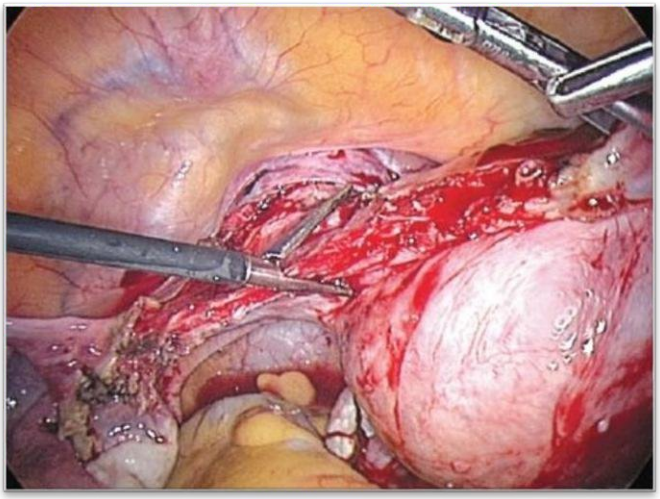


Рис.1.13. Коагуляція маткових артерій

Використання монополярної енергії в режимі коагуляції формує велику за площею зону коагуляційного некрозу, що підвищує ризик пошкодження сечоводів. За умови диссекції артерій протягом як мінімум 1-1,5 см можливе застосування кліпсу та перетину судин між ними. При здійсненні гемостазу маткових судин із застосуванням кліпсу необхідно ретельно переконатися в розташуванні сечоводів, щоб уникнути їх пошкодження [10, 14].

При лігуванні маткової артерії судинний пучок прошивають вікрилом або проліном. Вузол зав'язують екстракорпорально та затягують за допомогою пушера. Метод вважається більш надійним та безпечним, хоча потребує великих витрат часу. Показаннями до оперативного втручання на придатках матки є ектопічна вагітність, розрив кісти яєчника, перекрут ніжки кісти яєчника, новоутворення та запальні, у тому числі гнійні, захворювання яєчників та маткових труб. Операції на маткових трубах поділяються на дві великі групи – консервативні та радикальні. Обсяг втручання визначається індивідуально залежно від ступеня ураження органу та репродуктивних планів пацієнтки.

Виконання будь-якої операції з приводу трубної або перитонеальної безплідності вимагає застосування інтраопераційної висхідної хромогідротубації. Для цього перед операцією обробляють зовнішні статеві органи та піхву розчином антисептиків. Шийку матки захоплюють кульовими щипцями. Через зовнішній матковий зів вводять маточну канюлю. Кульові щипці та канюлю фіксують один до одного. Хромогідротубацію проводять на початку операції для визначення рівня обструкції маткової труби. Після закінчення лапароскопічного втручання на маткових трубах хромогідротубація підтверджує ефективність виконаної операції. Рівень обструкції маткової труби можна визначити із заповнення її рідиною. Відсутність заповнення маткової труби рідиною, що вводиться, свідчить про її непрохідність в істмічній частині. Для проведення хромогідротубації використовують ізотонічний розчин хлориду натрію, пофарбований метиленовим синім (рис.1.14) [13].

Вибір способу операції залежить від рівня обструкції та ступеня виразності спайкового процесу у малому тазі.

Туботомія з евакуацією плодового яйця. Виконується при ампулярній трубній вагітності у разі можливості збереження маткової труби. Після евакуації гемоперитонеуму ампулярний відділ маткової труби фіксують атравматичним затиском дистальніше плодового яйця. Маточну трубу витягують і в поперечному напрямку розкривають просвіт над плодовим яйцем (рис. 1.15).



Рис.1.14. Хромосальпінгоскопія. Контрастний розчин заповнив маточну трубу і вилився в черевну порожнину.

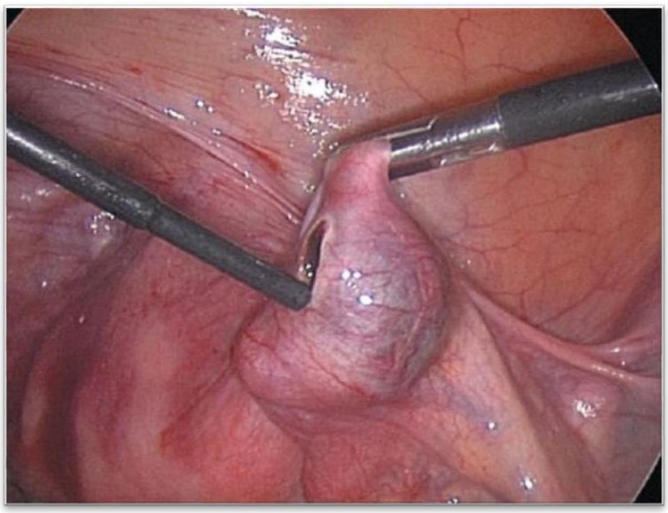


Рис.1.15. Розтин просвіту маткової труби на місці розташування плодового яйця

Тубектомія виконується у два етапи – коагуляція мезосальпінксу та трубного кута матки та відсікання маткової труби. Коагуляція мезосальпінкса може здійснюватися двома способами – класичним (від фімбріального кінця маткової труби) або ретроградним (маточного кінця). Вибір методу залежить від переваг хірурга, наявності супутнього спайкового процесу і т. д. Відсікання маткової труби може бути проведено як ножицями, так і за допомогою монополярного коагулятора. У разі потреби виконується додатковий гемостаз мезосальпінксів за допомогою електрокоагулятора (рис.1.16) [36].

Для одночасної коагуляції та розтину тканин застосовуються гармонійний скальпель або система для електролігування судин), що в обох випадках значно скорочує час операції та об'єм крововтрати, не потребує додаткового гемостазу (рис.1.17).



Рис. 1.16. Лівосторонній гідросальпінкс

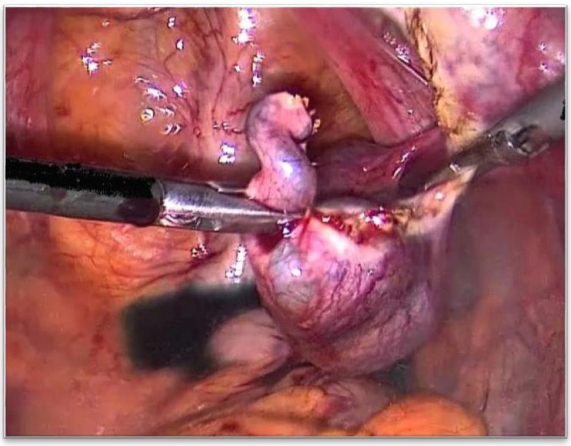


Рис. 1.17. Одномоментна коагуляція та перетин мезосальпінксу

Існує методика накладання петельної лігатури на маткову трубу після коагуляції мезосальпінкса та до відсікання маткової труби. Лігатура затягується максимально близько до тіла матки та сприяє формуванню надійної кукси маткової труби [38].

Сальпінгостоматопластика виконується за наявності гідросальпінксу. Після хромопертубації із застосуванням барвника метиленового синього (для кращої візуалізації маткової труби) проводиться хрестоподібний розріз по рубцевій тканині на дистальному полюсі гідросальпінксу з формування чотирьох клаптів. Надрізані краї труби обережно захоплюють атравматичним затиском і проводять коагуляцію серозної оболонки маткової труби для їх вивертання (рис.1.18) [5].

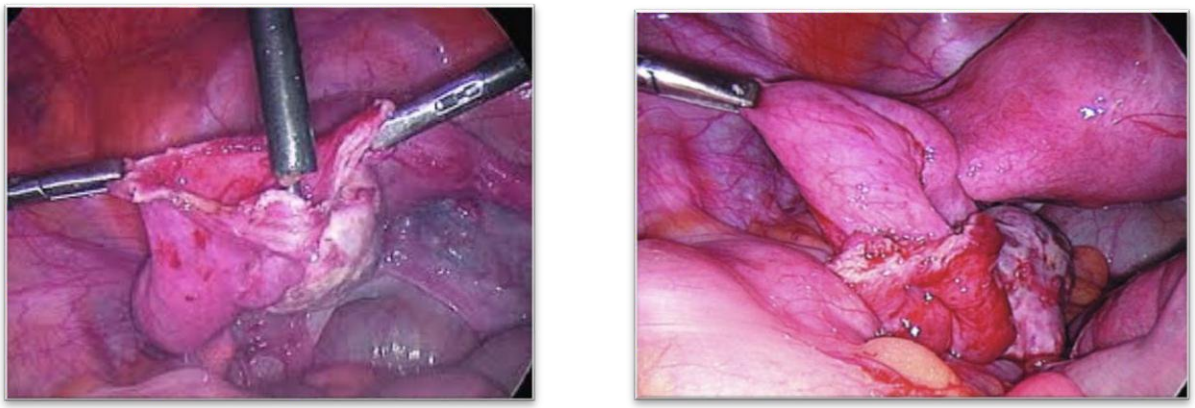


Рис. 1.18. Етапи сальпінгостомії

При правильно проведеній операції наново формується фімбріальний відділ маткової труби, що також зветься сальпінгостомією по Брюа.

Згідно з альтернативною методикою застосовуються два атравматичні затискачі, за допомогою яких проводять вивертання дистального відділу гідросальпінксу на 2-3 см. Деякі хірурги вважають за краще накласти 1-2 шви для підтримки труби в заданому положенні.

Електрохірургічний метод стерилізації полягає у захопленні маткової труби коагуляційними щипцями на відстані 3-4 від маткового кута перпендикулярно до самого мезосальпінксу та подальшої коагуляції. Зона коагуляції повинна становити не менше 1,5 см. Другим етапом проводиться перетин або висічення ділянки маткової труби за допомогою ножиць для зниження ризику реканалізації. Альтернативні методи стерилізації – кільцевий метод та кліпування – застосовуються значно рідше (рис.1.19) [46].

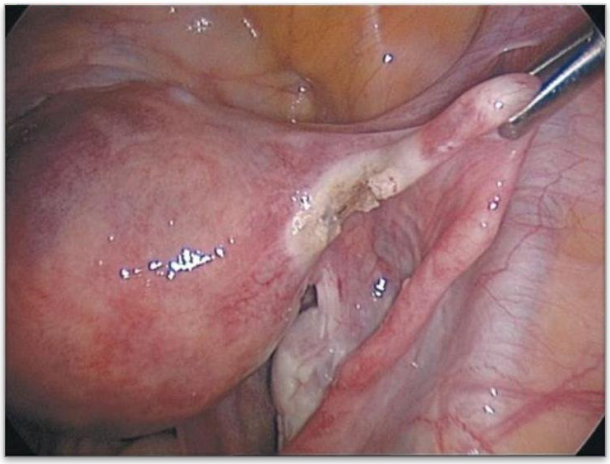


Рис.1.19. Вид маткової труби після хірургічної стерилізації

Операції на яєчниках повинні мати максимально щадний характер з метою збереження аваріального резерву та гормонпродукуючої функції [42].

Цистектомія виконується за наявності новоутворень яєчника (рідинних або осередкових) і полягає у його видаленні із збереженням здорової тканини яєчника. Тканина яєчника над капсулою пухлини розсікається ножицями, бранші яких розводять, тим самим розширюючи простір між капсулою пухлини та яєчником. Тканини яєчника розтинають на потрібній відстані для подальших маніпуляцій. Пухлину вилущують тупим шляхом і, помістивши в спеціальний контейнер, евакуюють із черевної порожнини (рис.1.20). Розтин капсули здійснюється при знаходженні її в контейнері для запобігання розповсюдженню пухлинного вмісту черевної порожнини (рис.1.21). Гемостаз ложа пухлини здійснюється за допомогою електрокоагуляції. Можливе накладання швів при великій рановій поверхні з метою надійного гемостазу та відновлення цілісності органу [10].

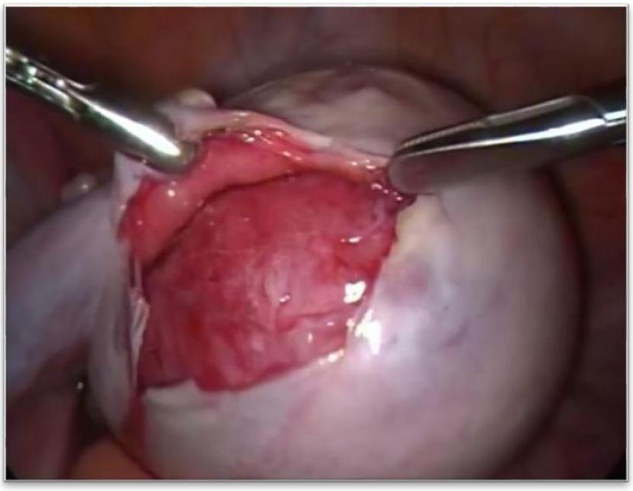


Рис. 1.20. Вилущування капсули пухлини яєчника

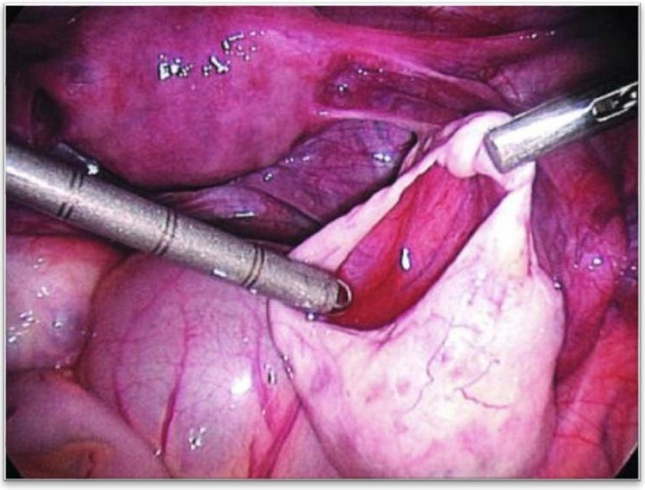


Рис.1.21. Розтин капсули пухлини яєчника

При видаленні параоваріальної кісти проводиться розтин очеревини над стінкою кісти, капсули її вилущуються, як при цистектомії, і видаляється з черевної порожнини. Потім проводиться ревізія ложа та гемостаз з урахуванням судинної анатомії даної галузі. Резекція яєчника проводиться при синдромі полікістозних яєчників для створення поверхні для овуляції. Проводиться клиноподібне висічення ділянки яєчника за допомогою голчастого монополярного електрода. Для подальшого гемостазу застосовують біполярний чи аргоноплазмовий коагулятор. Метод на даний час не застосовується у зв'язку з вираженим зниженням аваріального резерву.

Діатермокаутеризація (дрилінг) проводиться як хірургічна стимуляція овуляції при синдромі полікістозних яєчників і є більш щадним методом порівняно з резекцією яєчника. Методика полягає у створенні перфораційних отворів на поверхні одного або обох яєчників за допомогою термокоагуляції. При необхідності виконується додатковий гемостаз (рис.1.22, 1.23) [20].



Рис. 1.22. Вид яєчника після діатермокаутеризації за допомогою монополярного коагулятора

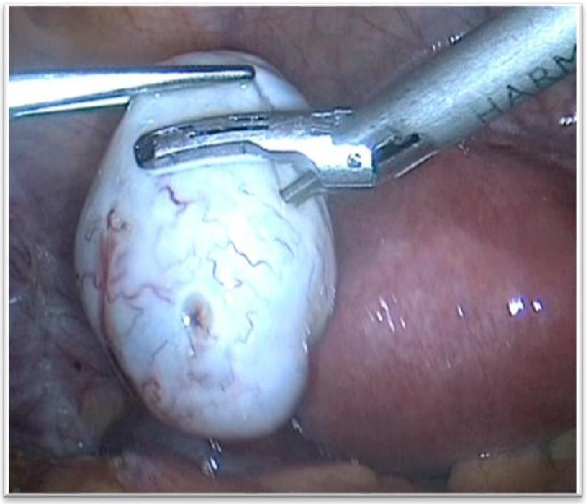


Рис. 1.23. Дрилінг за допомогою гармонійного скальпеля

Оваріектомія проводиться за наявності пухлини великих розмірів та/або відсутності здорової тканини яєчника, переважно у пацієнток з виконаною репродуктивною функцією або в менопаузі, після попередньої тубектомії. Першим етапом здійснюється мобілізація яєчника із пухлиною. Потім виконується коагуляція та перетин власної зв'язки яєчника, воронкотазової зв'язки та брижі яєчника. Завершальним етапом є ревізія кукс з додатковим гемостазом. Вилучення утворення проводиться через передню черевну стінку, або через кольпотомний розріз з максимальним дотриманням принципів абластики (за допомогою контейнерів).

Аднексектомія проводиться наступним чином: мобілізуються яєчник і маткова труба, коагулюються та перетинаються власна зв'язка яєчника, воронкотазова зв'язка, мезосальпінкс, мезоваріум та матковий кінець труби. Завершальним етапом є ревізія куксів з додатковим гемостазом (рис.1.24) [13].

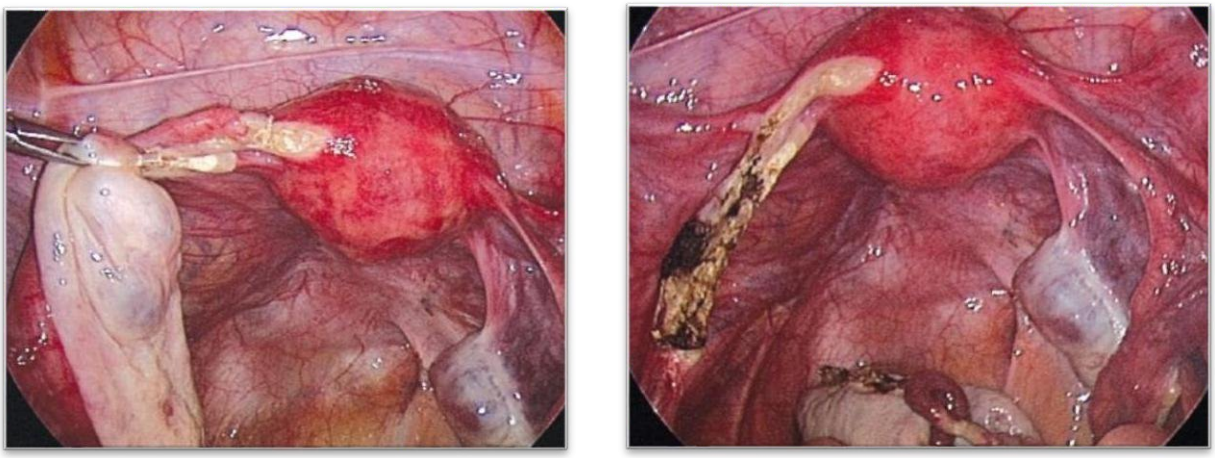


Рис.1.24. Етапи аднексектомії

Вилучення утворення проводиться через передню черевну стінку, або через кольпотомний розріз з максимальним дотриманням принципів абластики (за допомогою контейнерів).

Найчастіше ендометріоїдні осередки локалізуються на крижово-маткових, широких зв'язках, яєчниках, у позаматковому просторі, рідше – у передньоматковому просторі, маткових трубах, круглих зв'язках матки. В даний час лікування ендометріозу починають з хірургічного видалення всіх видимих вогнищ та ендометріоїдних кіст яєчників з наступною супресивною гормонотерапією. Лапароскопія займає чільне місце у лікуванні цього захворювання у зв'язку з можливістю одночасної діагностики та видалення патологічних вогнищ з мінімальною травмою навколишніх тканин [50].

Ретроцервікальний ендометріоз (позадишковий) втягує в патологічний процес стінки піхви, крижово-маткові зв'язки, істмічний відділ і задню стінку матки, пряму та/або сигмовидну кишку, сечоводу. Обсяг операції залежить від ступеня поширення та вираженості інфільтрації тканин, залучення до патологічного процесу сусідніх органів. При тяжкому ступені ретроцервікального ендометріозу із залученням слизової оболонки прямої кишки з інфільтрацією, що доходить до стінок таза, у пацієнток

репродуктивного віку оперативне лікування здійснюють у два етапи. На першому етапі січуть вогнище ендометріозу, по можливості не чіпаючи область прямої кишки, з метою гістологічного дослідження для уточнення діагнозу та зменшення обсягу ендометріоїдного інфільтрату з подальшим спостереженням та призначенням гормональної терапії. При збереженні клінічної симптоматики та відсутності ефекту від консервативної терапії роблять другий етап – резекція прямої кишки. Максимально радикальним обсягом операції є тотальна гістеректомія з осередками ендометріозу (рис.1.25) [49].



Рис.1.25. Ендометріоїдні гетеротопії на парієтальній очеревині

Утворення спайок у черевній порожнині та малому тазі обумовлено запальними захворюваннями, ендометріозом та післяопераційними відновними процесами та є своєрідною специфічною реакцією очеревини на пошкодження [27].

1.3. Ранні і віддаленні ускладнення та функціональні порушення після оперативних втручань на органах черевної порожнини

З моменту накладення останнього шва на операційній рані у хворого починається новий період - післяопераційний (ПОП). Розрізняють такі ПОП:

1) найближчий (триває з 2-х до 4-ту добу);

2) віддалений (починається з 1-го тижня після операції і триває до відновлення працездатності хворого або виходу його на інвалідність).

Крім того, виділяють ранній ПОП (перші 6 діб після операції) і пізній (від 6-х діб після операції до виписки зі стаціонару). Ранній період включає в себе безпосередній (триває протягом 24 годин з моменту закінчення операції). Перебіг ПОП може бути ускладненим і неускладненим [15].

У ранньому післяопераційному періоді ускладнення можуть виникнути в різні терміни. У перші 2 доби після операції можливі такі ускладнення, як кровотеча (внутрішня або зовнішня), гостра судинна недостатність (шок), гостра серцева недостатність, асфіксія, дихальна недостатність, ускладнення наркозу, порушення водно-електролітного балансу, зменшення сечовиділення (олігурія, анурія), парез шлунка, кишечника.

У наступні дні після операції (3-8 діб) можливий розвиток серцево-судинної недостатності, пневмонії, тромбофлебіту, тромбоемболії, гострої печінково-ниркової недостатності, нагноєння рани.

Причини післяопераційних ускладнень бувають пов'язані з основним захворюванням, з приводу якого було зроблено оперативне втручання, з перенесеними наркозом і операцією, загостренням супутніх захворювань. Ранні ускладнення можуть виникнути в перші години і добу після операції, вони пов'язані з гнітючою дією наркотичних речовин на дихання і кровообіг, з некомпенсованими водно-електролітними порушеннями. Не елімірування з організму наркотичних речовини та незруйновані м'язові релаксанти призводять до пригнічення дихання, аж до його зупинки. Це проявляється гіповентиляцією (рідкісне поверхневе дихання, западання язика); можливий розвиток апное.

Тому дуже важливе спостереження в ранньому післяопераційному періоді. При порушенні дихання необхідно відразу ж налагодити ШВЛ, при утрудненні мови використовувати повітроводи, відновлюють прохідність дихальних шляхів, при пригніченні дихання, обумовлене триваючою дією наркотичних речовин, можна використовувати дихальні аналептики (налорфин, бімегрід, кордіамін).

Кровотеча - найбільш грізне ускладнення післяопераційного періоду. Вона може бути зовнішньою (з рани) і внутрішньою - крововилив в порожнину (грудну, черевну), в тканини. При безуспішності консервативних заходів зупинки кровотечі показана ревізія рани, повторна операція – релапаротомія [26].

У перші дні після операції можуть бути порушення водно-електролітного балансу, обумовлені основним захворюванням, при якому відзначається втрата води та електролітів (кишкова непрохідність), або крововтратою.

При операціях на органах черевної порожнини одним з ускладнень може бути парез кишечника (динамічна кишкова непрохідність). Розвивається він, як правило, в перші 2-3 діб після операції. Основні його ознаки: здуття живота, відсутність перистальтичних шумів кишечника. Для профілактики і лікування парезу застосовують інтубацію шлунка і кишечника, ранню активізацію, знеболювання, перидуральну анестезію, паранефральні блокади, прозерин, пітуїтрин, діадинамічні струми і ін. [22].

Порушення сечовиділення в післяопераційному періоді може бути обумовлено зміною видільної функції нирок або приєднанням запальних захворювань - цистит, уретрит, пієлонефрит. Затримка сечовипускання може бути і рефлекторного характеру - обумовлена болем, спастичним скороченням м'язів черевного преса, таза, сфінктерів сечового міхура. При затримці сечі вводять знеболюючі і антиспастичні засоби; на область сечового міхура, над лоном, кладуть теплу грілку. При її безуспішності сечу виводять м'яким, якщо це не вдається – жорстким (металевим) катетером. В крайньому випадку, коли

спроби катетеризації міхура безрезультатні, накладають надлобковий свищ сечового міхура.

Розвиток ранової інфекції частіше доводиться на 3-10-й день післяопераційного періоду. Болі в рані, підвищення температури тіла, ущільнення тканин, запальний інфільтрат, гіперемія шкіри навколо рани служать показанням для її ревізії, часткового або повного зняття швів. Подальше лікування проводять за принципом лікування гнійної рани. [19].

Відсутність болю після операції багато в чому визначає нормальний перебіг післяопераційного періоду. Крім психоемоційного сприйняття, больовий синдром призводить до пригнічення дихання, знижує кашльовий поштовх, сприяє викиду в кров катехоламінів, на цьому тлі виникає тахікардія, підвищується артеріальний тиск. Для зняття больового синдрому можна використовувати наркотичні препарати, які пригнічують дихання і серцеву діяльність (фентаніл, лексір, дипідолор), ненаркотичні анальгетики (анальгін), через шкірна електроаналгезія, тривала епідуральна анестезія, голковколювання [47].

Післяопераційні ускладнення є важливим компонентом ризику анестезії та оперативного втручання. L. F. Martin et al. (2014 р.) вважають, що інфекції нижніх дихальних шляхів спостерігаються у 0,75% пацієнтів, які перенесли оперативне втручання [7]. Згідно з дослідженнями R. Lozano et al. (2012 р.), інфікованість нижніх дихальних шляхів у пацієнтів в післяопераційному періоді істотно вища і досягає 25-33% [4]. Так звана «нозокоміальна пневмонія» була найбільш частим ускладненням у важких соматично обтяжених пацієнтів і надавала істотний вплив на терміни перебування у відділенні інтенсивної терапії, тим самим збільшуючи вартість лікування.

Через інфікування вмістом шлунково-кишкового тракту плевральної порожнини спостерігався розвиток важких емпієм плеври і плевропневмонія у 13 - 16% постраждалих з даними ушкодженнями. Летальність при цьому перебувала в межах від 2,2 до 14,1%. Наявність вікових склеротичних змін в судинах мозку істотно посилює гіпоксію, що погіршує функцію нервових

центрів навіть в разі невеликого зменшення мозкового кровотоку, викликаного факторами впливу загальних анальгетиків, перерозгинанням шиї при інтубації трахеї, особливо у пацієнтів, що мають шийний остеохондроз, «обвалом» гемодинаміки або недостатньою анестезією.

Гіпервентиляція, особливо за допомогою чистого кисню, нерідко зустрічається в процесі загальної анестезії з проведенням штучної легеневої вентиляції, здатна заподіяти коматозний стан і привести до психічних порушень. В цьому випадку фактори, які піддаються корекції, але не враховані при підготовці та проведенні оперативного втручання, слід вважати проявами неприпустимого ризику, а ті чинники, які неможливо було виявити і врахувати, - проявами так званого неминучого ризику. Представляється можливим говорити про неминучий ризик лише в тих ситуаціях, коли пацієнт був ретельно обстежений, отримав всебічну передопераційну підготовку, оперативне втручання належним чином забезпечено і здійснено бездоганно в тактичному і технічному плані. Лише тоді можна вважати, що несприятливі наслідки операції є випадковими. В іноземній літературі є безліч робіт, присвячених застосуванню прогностичних шкал для оцінювання тяжкості стану пацієнтів, які перебувають у відділеннях реанімації. При цьому результати великої кількості досліджень, проведених на різних категоріях хворих, є суперечливими. Це можна пояснити неоднаковою питомою вагою прогностичних критеріїв в різних лікувальних закладах або зміною потужності цих факторів у часі, так само як і багатьма іншими причинами [2].

Британське геріатричне співтовариство (BGS) визначає кілька чинників, що призводять до розвитку післяопераційних ускладнень. Найбільш часто зустрічаються депресія; деменція; неможливість виконувати повсякденні навантаження (прийом їжі, одягання, туалет і т. д.); інсульт в попередні три місяці; одна і більш незапланованих госпіталізацій за останні три місяці; вимушений постільний режим. Астенізація пацієнтів в старечому віці характеризується наявністю двох і більше зазначених ознак. Ретельне виявлення останніх безпосередньо впливає на прогноз оперативного лікування.

Поширеною є ситуація, при якій у людини, що знаходиться до моменту операції в стабільному та задовільному стані, в післяопераційному періоді відбувається ряд ускладнень, і багато авторів вважають, що хірургічне втручання виступає в ролі пускового фактора [3].

A. Audisio (2008) вважає, що в даний час немає жодної повноцінної і самодостатньої шкали для передопераційного ризику, яка давала б можливість однозначно відповісти на питання, чи будуть ускладнення у пацієнта в післяопераційному періоді. Загальноприйнятою є шкала оцінки фізіологічного статусу Американського товариства анестезіологів (ASA), але вона не дозволяє встановити рівень фізіологічного стану перед проведенням оперативного втручання, не враховує особливостей віку, і більшість викладених в ній даних враховується ретроспективно [1].

Однією з найбільш широко використовуваних шкал є досить відома шкала APACHE II. У ній оцінюються 12 параметрів, включаючи вік і наявність або відсутність хронічних захворювань. В неї також є недоліки, а саме - відсутність обліку стану харчування і прогноз розвитку ускладнень тільки після операції, що не дозволяє вирішити, чи варто оперувати хворого. Шкала POSSUM також досить часто використовується лікарями, включає оцінку 12 фізіологічних і 6 хірургічних параметрів і, на відміну від APACHE II, враховує дані електрокардіограми (ЕКГ), її недоліком також є неможливість прогнозування ризиків розвитку ускладнень до операції. У прогностичний індекс Lee входять 5 незалежних клінічних детермінант щодо основних після операційних серцевих ускладнень: ІХС, ГПМК, серцевої недостатності, порушення ниркової функції, цукрового діабету, вид операції з високим ризиком. Всі чинники в рівній мірі визначають величину індексу (для кожного по 1 пункту), а частота основних ускладнень на серце оцінюється в 11, 7, 0,9, 0,4 у пацієнтів з $\geq$ 3, 2, 1 і 0 пунктами відповідно. Під кривою ROC площа становила 0,81, що говорить про те, що індекс характеризується високим потенціалом для визначення відмінності між хворими з серцевими ускладненнями і без них. Даний індекс є оптимальним для пацієнтів з множинними факторами ризику.

В останні роки інтерес до гіпоксії як до фактору ризику післяопераційних ускладнень у соматично обтяжених пацієнтів не зменшується, а постійно зростає. Хоча справжня роль кисню як окислювача, а значить, як неодмінного учасника процесів життєдіяльності відома більше 200 років, повного розуміння механізмів оксигенації немає до сих пір [39].

Ускладнення, що виникають при лапароскопічних втручаннях, поділяють на 2 групи:

1. Ускладнення, пов'язані з характером захворювання та видом операції, тобто властиві аналогічним втручанням у відкритій хірургії (наприклад, неспроможність швів на матці після міомектомії, кровотеча з маткових судин при недостатньому гемостазі).

2. Специфічні ускладнення, притаманні лише лапароскопічній операції та не зустрічаються у відкритій хірургії (наприклад, підшкірна емфізема, поранення заочеревинних судин) [25].

Ускладнення лапароскопії при введенні голки Вереша та накладення пневмоперитонеуму. Безпосередніми причинами ускладнень при інсуффляції є голка і газ, що вводяться в черевну порожнину. На цьому етапі проведення лапароскопії можуть виникати такі ускладнення: емфізема тканин; газова емболія; прокол порожніх органів; гематома черевної стінки. Екстраперитонеальна інсуффляція передбачає введення газу у різні тканини крім черевної порожнини (у підшкірну, перед- та заочеревинну клітковину, великий сальник, брижу) або розвиток таких ускладнень, як пневмомедіастинум або пневмоторакс. Підшкірна емфізема проявляється припухлістю та крепітацією підшкірної жирової клітковини. Частота її виникнення коливається від 0,43 до 2%. Звичайний газ потрапляє у підшкірну жирову клітковину через голку Вереша або з черевної порожнини через погано фіксований троакар. Підшкірна емфізема частіше оточує зону введення троакарів, у поодиноких випадках досягає шиї та обличчя. Як правило, підшкірна емфізема безпечна для хворого та самостійно розсмоктується.

Заходи профілактики підшкірної емфіземи полягають у дотриманні правил введення голки Вереша та накладання пневмоперитонеуму. Передочеревинне введення газу через голку Вереша відшаровує очеревину від тканин передньої черевної стінки, створюючи простір, часом значних розмірів, що ускладнює введення першого троакара. Діагностика передчеревної інсуффляції заснована на показниках внутрішньочеревного тиску, що реєструються інсуффлятором. З початком подачі газу тиск черевної порожнини має перевищувати 0-7 мм рт. ст. за швидкості подачі газу 1,5-2,0 л/хв [48].

Пневмоментум - введення газу в клітковину великого сальника. Пряди сальника, що роздулися, видно після введення лапароскопа. Це ускладнення відбувається самостійно через 10-15 хвилин. Описано випадки розриву сальника газом з розвитком кровотечі. Пневмомедіастінум – попадання газу в середостіння. Передчеревне нагнітання вуглекислого газу може призвести до його поширення загрудинно в переднє середостіння і вище, до шиї, де газ утворює щільний "комір". При різкому пригніченні серцевої діяльності необхідно перервати лапароскопію та евакуювати пневмомедіастинум. У важких випадках показано підшкірне введення ін'єкційних голок або шкірні розрізи в області яремної вирізки для ліквідації напруженого пневмомедіастинуму.

Пневмоторакс – небезпечне ускладнення, у якому газ потрапляє у плевральну порожнину. Основні причини розвитку пневмотораксу: розрив медіастинальної плеври при грижах стравохідного отвору діафрагми; поширення газу через уроджений дефект діафрагми; спонтанний пневмоторакс при інтубаційному наркозі зі штучною вентиляцією легень (ШВЛ), частіше виникає у хворих з хронічними обструктивними хворобами легень (ХОЗЛ); торакоабдомінальні поранення з пошкодженням діафрагми та виникненням прямого повідомлення між очеревиною та плевральною порожниною. Клінічні прояви пневмотораксу: дихальна та серцево-судинна недостатність, що наростає; ціаноз; тахікардія; артеріальна гіпотензія; ослаблення дихання на боці ураження; тимпаніт при перкусії; підвищення тиску у дихальних шляхах;

зниження оксигенації артеріальної крові. Лікування пневмотораксу передбачає пункцію та дренування плевральної порожнини [30].

Емфізема тканин та органів виникає внаслідок введення газу безпосередньо у тканини чи органи черевної порожнини. Підшкірна, міжм'язова та передочеревинна емфізема, внаслідок розпирання тканин, супроводжується болями та проходить звичайно без наслідків для хворої. Болі при використанні CO_2, як правило, короткочасні і легко знімаються при необхідності анальгетиками. Якщо емфізема в передчеревній клітковині виникла в процесі створення пневмоперитонеуму її можна видалити через вторинні гільзи троакарів, введених до очеревини.

Медіастинальна емфізема - тяжке ускладнення, що виникає при інсуффляції газу у піхви прямих м'язів живота. Клінічно медіастинальна емфізема проявляє себе спочатку загрудинними болями, надалі утрудненим диханням, наростанням задишки, появою захриплості голосу, утрудненнями руху голови та шиї, утрудненням ковтання. Болі іррадіюють частіше у ліву руку. Спостерігається емфізема шиї. Обличчя пацієнток бліде, губи ціанотичні. При виявленні медіастинальної емфіземи хворому надають положення Фовлер. У підшкірну клітковину шиї, на глибину 1-1,5 см вводять голки з метою видалення частини газу. Застосовують засоби, що тонізують ССС. За відсутності ефекту хвору переводять на дихання, що керується. Слід зазначити, що застосування ендотрахеального наркозу під час лапароскопії повністю виключає смерть від медіастинальної емфіземи [34].

Емфізема великого сальника. Виникає при введенні кінчика голки Вереша у сальник. Зазвичай не викликає серйозних ускладнень, проте заважає проведенню огляду органів малого тазу та проведенню необхідного втручання. Після лапароскопії у деяких випадках хворих турбують біль у животі. Газова емболія виникає при введенні газу в живіт, у просвіт великої кровоносної судини та при перевищенні параметрів пневмоперитонеуму (понад 15 мм рт. ст.) у процесі лапароскопії. Вона є дуже важким ускладненням і найчастіше супроводжується летальним кінцем. З метою попередження виникнення газової

емболії слід застосовувати швидко резорбовані гази - найкраще вуглекислий газ, але можна використовувати і закис азоту.

Прокол голкою Вереша порожніх органів - петель кишечника, рідше шлунка, найчастіше виникає за наявності спайкового процесу в черевній порожнині та поганій підготовці кишечника до операції. Це ускладнення, як правило, лікування не потребує. Гематома передньої черевної стінки виникає при пошкодженні верхніх або нижніх епігастральних судин. Зазвичай гематома локалізується у піхву правого або лівого прямого м'яза живота. Діагностується, як правило, після введення лапароскопа в черевну порожнину: кровотеча з передньої черевної стінки до черевної порожнини або локальне нависання парієтальної очеревини. Вибухаюча ділянка очеревини зазвичай бордового кольору через накопичувану в передчеревній клітковині кров. Для попередження виникнення гематоми при виявленні поранення судини передньої черевної стінки необхідно накладання лігатури через усі шари черевної стінки у напрямку, перпендикулярному ходу судини. Прошивання здійснюють під контролем лапароскопа [18].

Ускладнення лапароскопії при введенні троакара в черевну порожнину. Основні ускладнення при введенні троакарів: кровотечі внаслідок поранення судин передньої черевної стінки; поранення великих судин (аорти, мезентеріальних судин); поранення кишківника; поранення сечового міхура; поранення судин передньої черевної стінки. Кровотеча зазвичай виникає з глибоких епігастральних судин або судин, що живлять прямі м'язи живота. Ознаками поранення судин передньої черевної стінки є стікання крові в черевну порожнину вздовж гільзи троакара та утворення ретроперитонеальної гематоми навколо місця введення троакара. При виявленні кровотечі на передню черевну порожнину, стінку через всі шари накладають шви вище і нижче місця введення троакара по ходу судини. Кровотеча з пошкоджених судин передньої черевної стінки виникає після видалення газу з черевної порожнини та вилучення троакарів. Ознаками цього ускладнення є симптоми кровотечі у передню черевну стінку або симптоми внутрішньочеревної кровотечі. У таких випадках

тактика ведення – активна чи вичікувальна, – визначається інтенсивністю і обсягом крововтрати.

Діафаноскопія (просвічування лапароскопом) дозволяє оглянути судини, розташовані підшкірно, та уникнути їх поранення. Поранення стилетом крупних судин черевної порожнини – аорти, клубових судин, мезентеріальних судин, – вимагають негайної лапаротомії, за участю хірурга. Поранення стилетом петель кишечника потребує негайної лапаротомії за участю спеціаліста-хірурга [17].

Поранення сечового міхура. При ураженнях стінки сечового міхура необхідна катетеризація, ушивання рани на сечовому міхурі. Ведення післяопераційного періоду разом із урологом.

Ускладнення лапароскопії в процесі проведення маніпуляцій. При поділі великих спайок та інтимних зрощень внутрішніх статевих органів з кишечником, при необережних маніпуляціях ріжучими інструментами або коагуляторами можливі поранення кишечника. У разі виникнення цих ускладнень необхідна негайна лапаротомія. Коагуляція тканин поблизу петель кишечника, великих судин, особливо при використанні струмів високої частоти, може призвести до зміни, пошкодження стінок цих органів, що також потребує негайної лапаротомії. Більшість хірургів-ендоскопістів вважають, що профілактикою ускладнень є правильна техніка та досвід хірурга у проведенні ендоскопії. Необхідно дотримання класичних моментів операції: напрям голки Вереша строго по середній лінії та під кутом 30-45 градусів до горизонтальної поверхні, клапан голки для інсуффляції газу відкритий. Після введення голки Вереша не треба нехтувати шприцевим тестом. Рухи рук хірурга при введенні першого троакара повинні бути плавними, без різких поштовхів у напрямку 30-45 градусів у горизонтальній площині. При ревізії черевної порожнини необхідно оглянути місце введення троакара і потім переводити хвору в положення Тренделенбурга. Вводити бічні троакари для інструментів доцільно на 5-6 см. вище лона після розтину шкіри в місці, що визначається при діафаноскопії [28].

Як і будь-яка операція, лапароскопія починається з ретельної ревізії органів черевної порожнини для уточнення хірургічного діагнозу та можливості виконання адекватного обсягу операції. Всі маніпуляції завершують рясним промиванням черевної порожнини ізотонічним розчином натрію хлориду для видалення згустків крові. Інструменти та бічні троакари витягують під візуальним контролем. У разі наявності невеликих кровотеч із проколу проводиться біполярна коагуляція. Основний (центральний) троакар видаляють при піднятій черевній стінці, це дозволяє уникнути підсмоктування в троакарний отвір пасм сальника і кишечника. Суворе дотримання правил ендохірургії дозволяє уникнути ускладнень.

Післяопераційні ускладнення. *Пошкодження кишківника*. Працюючи з травматичними механічними і, особливо, електроінструментами можуть виникнути ушкодження стінки кишечника з недостатнім розвитком перитоніту в післяопераційному періоді при несвоєчасній діагностиці ушкодження. У цих випадках показано лапаротомію.

Утворення післяопераційних гриж. Для профілактики таких ускладнень необхідне дотримання класичних моментів операції: напрямок голки Вереша строго по середній лінії та під кутом 30-45о до горизонтальної поверхні, клапан голки для інсуффляції газу відкритий. Після введення голки Вереша не варто нехтувати шприцевим тестом [40].

РОЗДІЛ ІІ
МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Організація дослідження

Дослідження були проведені гінекологічному корпусі Комунального некомерційного підприємства «Міський клінічний пологовий будинок №2 імені М.Х. Гельферіха» Харківської міської ради міста Харкова Дослідження проходили в чотири етапи.

На першому етапі (вересень 2021 р. − листопад 2021 р.) був проведений аналіз науково-методичної літератури з проблеми дослідження, сформульовані мета й завдання, відібрані та апробовані методи дослідження, цілі, адекватні поставленим завданням, визначені предмет і об’єкт дослідження.

На другому етапі дослідження (листопад 2021 р. − січень 2022 р.) було проведено збір інформації щодо проведених гінекологічних операцій.

На третьому етапі дослідження (січень 2022 р. – квітень 2022 р.) було проведено обробку статистичних даних щодо проведених гінекологічних операцій.

На четвертому етапі дослідження (квітень 2022 р. – травень 2022 р.) було проведено узагальнення отриманих даних. Проведено порівняльний аналіз результатів, оформлення магістерської роботи.

2.2. Матеріали та методи дослідження

Для вирішення завдань магістерської роботи було використано наступні методи дослідження:

1. Аналіз наукової та науково-методичної літератури за темою роботи.
2. Педагогічні методи дослідження: спостереження.
3. Методи математичної статистики.

Аналіз наукової та науково-методичної літератури

Аналізувалися наукові та науково-методичні літературні джерела та електронні ресурси мережі Інтернет. Загалом було використано 50 джерел наукової і спеціальної літератури, з яких 7 - іноземні.

Педагогічні методи дослідження

Педагогічні спостереження проводилися на базі гінекологічного корпусу Комунального некомерційного підприємства «Міський клінічний пологовий будинок №2 імені М.Х. Гельферіха» Харківської міської ради міста Харкова. Упродовж 12 місяців об'єктами педагогічних спостережень були пацієнти після гінекологічних операцій.

Методи математичної статистики

Дані методи досліджування застосовувалися для об'єктивного аналізу досліджуваних явищ і процесів і забезпечили збір, обробку даних, а також достовірність інтерпретації отриманих результатів.

Статистичне оброблення одержаних даних проводилося за допомогою пакета «Statistica 8.0» (StatSoft, США) й електронних таблиць «Excel 2007» (Microsoft, США), які дозволили провести аналіз вимірювань і розрахунок базових величин. За допомогою пакетів прикладних програм Microsoft Excel for Windows, SPSS 10 for Windows, Statistica 6.0 визначали: середнє арифметичне (X), похибку середнього арифметичного (Sx), дисперсію Дх, середнє квадратичне відхилення (5x), коефіцієнт варіації (V), коефіцієнт кореляції (г) тощо. Застосовувалися загальноприйняті статистичні методи.

Оцінюючи статистичні гіпотези, ми виходили з 5-відсоткового рівня істотності, який забезпечує необхідну точність у педагогічних дослідженнях. Під час проведення аналізу керувалися загальними положеннями, викладеними у посібниках з математичної статистики [29].

РОЗДІЛ ІІІ
РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ

3.1. Опрацювання результатів дослідження

У період з 2023 до 2025 року у гінекологічному корпусі Комунального некомерційного підприємства «Міський клінічний пологовий будинок №2 імені М.Х. Гельферіха» Харківської міської ради міста Харкова, проведено аналіз лікування соматично обтяжених пацієнтів від 16 до 80 років з гінекологічними патологіями, яким в плановому та ургентному порядку було виконано оперативне втручання. Було проаналізовано зведену таблицю аналізу допомоги хворим, які вибули з стаціонару за 2019-2020 роки (табл. 3.1).

Таблиця 3.1.

Допомога хворим, які вибули з стаціонару за звітний період

В+А:Хік	16-20	21-25	26-30	31-35	36-40	41-45	46-50	51-55	56-60	61-65	66-70	71-80
місто	3	17	37	22	14	19	18	5	2	6	4	2
селище		16	10	22	2	9	6	4	4	4		
планова		8	15	20	4	18	14	7	6	7	4	2
ургентна	3	25	32	24	12	10	10	2		3		
кіста сальніка						1						
кіста лівого яєчника	1	7	14	9	2	9	1		2			1
кіста правого яєчника		10	10	2	1	6	2	1	3	5		
кісти обох яєчників		1		3		2	1		2			
множинні кісти лівого яєчника		2	5			1						
множинні кісти правого яєчника		7		1		4	1		1			
видалення кісти правого яєчника		10	11	2	3	3	2					
видалення кісти лівого яєчника	1	7	15	6	1	4	1	1				
лейоміома матки			3	14	5	18	15	10	5		3	
екстирпація матки з придатками з обох боків					1	12	16	5	5	1	2	2
міомектомія				5	6	4						
консервативна міомектомія			3	9	1	7			2			
левобічна трубна		5	5	4	1	4						

вагітність												
правобічна трубна вагітність		8	8	9	3							
тубектомія		13	11	11	5	5	1	2				
повне випадіння матки								1		3	3	
первинне безпліддя		5	4	6	2		1					
вторинне безпліддя			2	12								
спайковий процес 1 ст		2	2	1			2	1				
спайковий процес 2ст			1	3	2		2					
спайковий процес 3 ст			3	5	1	6	1					
спайковий процес 4 ст			1									
анемія		1				1	1					
хр.сальпінгіт		3	1			1						
хр. двобічний Сальпінгоофоріїт		7	7	4	2							
сальпінгооваріолізіс з обох боків		4	8	10	2							
вісцероліз спаек		3	7	6	1	5	4	3				
аденоміоз			1	2	1	4	5	1	3			
ендометріоз очеревини малого тазу		1	3	7	1	9	2					
ендометриоз правої маткової зв язки			2	4			2					
оклюзія істмичного відділу м/ труби		1	4	3								
ексцизія та облація вогнищ ендометріозу		1	3	4	1	1	1					
ушивання яєчника				1								
біопсія яєчника		1	1	2						1		
біопсія сальпіка		1	2	1								
сальпінгооваріолізіс праворуч			1			2		2				
сальпінгооваріолізіс ліворуч		1	4	3		1						
деторсія яєчника		2	2	2								
перекрут гематосальпіку праворуч								2				
перекрут кісти лів.яєчника		1	1	1		2						
перекрут кісти прав. Яєчника		2	2	1	3	1		1				
гематосальпікс						1						

зправа												
гематосальпікс зліва												
аднексектомія з обох боків						2		2	2			
біопсія сальніка		1	1			3			1	1		
біполярна коагуляція труби						1						
апоплексія правого яєчника	1	9	6									
апоплексія лівого яєчника	1	3		4		1						
коагуляція яєчника	2	12	5	6								
оваріолізіс ліворуч				2	1							
оваріолізіс праворуч												
аднексектомія лівобічна			1			5	1		2			
аднексектомія правобічна		1	3			3	1	1	2	4		
коагуляція вогніщ ендометріозу		1		4		5						
видалення кіст обох яєчників	1		2	3	1	2	1					
неповне випадіння матки								1				
цистоцеле								2				
лапароскопічно асистована вагінальна гістеректомія								2		2	3	
передня кольпоррафія								2				
гістеректомія з матковими трубами								2		1		
малі форми ендометріозу яєчників			1									
аблація малих форм ендометріозу яєчників		1	1	1								
ендометріоз правого яєчника			4	4		3						
ендометріоз лівого яєчника		2					1					
ендометріоз лівої маткової зв язки		1		2								
перетонумектомія очеревини передньоматкового				2								

простору												
перетонеумектомія підяєчникової ямки				1								
часткова резекції крижово маткової зв язки				2								
ретроцервікальний ендометріоз 3 ст				1	1	4						
ендометріоз крижово маткових зв язок			2									
Синдром полікістоза яєчників СПКЯ		2	1	3								
клиноподібна резекція яєчників		2	2									
дрилінг		4										
сальпінготомія ліворуч		2										
сальпінготомія праворуч												
множинні лейоміоми						2						
оофаректомія						2						
шейвінг ретроцервікального ендометріозу						2						
лейоміома зв язки яєчника					2							
оментолізіс			1		1	2						
гістеролізіс					2							
ендометріоз обох яєчників			3									
резекція вогнищ ендометріозу обох яєчників			3									
ендометріоз серозного шару матки			1									
поліп ендометрію						2					2	
фіброма яєчника				1			1					
видалення фіброми				1			1					
ендометріоз сальніка						1						
видалення плідного яйця		1	4	4	1							
сальпінгооваріолізіс праворуч			2									
сальпінгооваріолізіс ліворуч												

відновлення прохідності маткових труб			2									
лівобічна оваректомія						1						
геморрагічний шок 1 ст		2										
видалення жовтого тіла яєчника		3										
рак молочної залози								2				
істмоцеле				2								
гідросальпікс з обох боків				1								
істмопластика				2								
двобічна тубектомія				2								
передня та задня кольпоррафія										3	3	
перріорафія з леваторопластикою										3		
сальпінгоскопія		2										
фімбріопластика		4	3									
цистоденома яєчника			3									
сальпінгостомія двобічна		1	3									
зовнішній ендометріоз			1	1								
резекція правого яєчника			4									
резекція лівого яєчника												
гідросальпікс справа		1				1						
гідросальпікс зліва				1	1		1	1				
множинні лейоміоми						1						
поліп ендоцервіксу						1						
ендометриоз лівої м/труби						1						
ендометріоз правої м/труби												
адгезіоваріолізіс						1						
перекрут лейоміоми матки						1						
хр.сальпінгоофоріт з права			1	1								
видалення додаткив з обох бокив						1						
гетеротопії лів. Яєчника							1					

резекція яєчників з обох боків				2								
апоплексія обох яєчників		1										

Згідно даних табл.3.1. всього було проведено 226 випадків оперативних втручань хворим, що проживають в місті та селищі. Жителям міста проведено 149 оперативних втручань, що на 1,93% більше, ніж жителям села (77). В найбільшій кількості жителям міста було проведено операцій у 26-30р. (37), а найменшу кількість (по 2) – у віці 56-60р. та 71-100 р. В найбільшій кількості жителям села було проведено операцій у 31-35р. (22), а найменшу кількість (2) – у віці 36-40 р. Не відзначено проведених оперативних втручань серед жителів селищ у віці 16-20р., 66-70р. та 71-80 р.

Планових випадків оперативних втручань здійснено 105, що на 0,86% менше ніж ургентних (121). В найбільшій кількості відзначено проведення планових оперативних втручань у хворих віком 31-35 р. (20), а найменше (2) – у віці 71-80 р. Зовсім не відзначено планових операцій у осіб віком 16-20р. В найбільшій кількості відзначено проведення ургентних оперативних втручань у хворих віком 26-30 р. (32), а найменше (2) – у віці 51-55р. Зовсім не відзначено планових операцій у осіб віком 55-60р., 66-70р. та 71-80 р. Згідно отриманих результатів можна зробити висновок, що жителі сільської місцевості, можливо, рідше обстежуються у гінеколога і таким чином не повідомлені про гінекологічні патології.

Всього було проаналізовано 122 види гінекологічних операцій та патологій. Відзначено 495 випадків гінекологічних захворювань та здійснено 491 випадків видалення гінекологічних патологій. Аналіз проводився у хворих, котрі були розподілені по групах 16-20 р., 21-25 р., 26-30 р., 31-35 р., 36-40 р., 41-45 р., 46-50р., 51-55 р., 56-60 р., 61-65 р., 66-70 р., 71-80 р. Під час аналізу виявлено, що найбільша кількість генекологічних захворювань, та проведених з цього приводу оперативних втручань здійснено хворим у віковій категорії 26-30 р. (207), на другому місці знаходилися хворі 31-35 р. (206), потім хворі 21-25 р.

та 41-45 р. (по 162), потім хворі 46-50 р. (69 р.), далі хворі 51-55 р. (45), потім хворі 56-60 р. (30), потім хворі 61-65 р. (24), далі хворі 66-70 р. (16), потім хворі 16-20 р. (7) і на останньому місці хворі 71-80 р. (3). Таким чином, найбільша кількість генекологічних захворювань, та проведених з цього приводу оперативних втручань (207) було здійснено хворим у віці 26-30 р., а найменша кількість (3) – хворим у віці 71-80 р. Летальних випадків серед не оперованих хворих не було зафіксовано.

Найбільшу кількість випадків гінекологічних захворювань (73) у всіх категоріях хворих відзначено з приводу лейоміоми матки.

Міома матки (ММ) є доброякісною, моноклональною, добре відмежованою, капсульованою пухлиною, яка може походити з гладком'язових клітин шийки або тіла матки. Євляється однією із найпоширеніших доброякісних пухлин жіночої статевої сфери, які виникають у 20-40% жінок репродуктивного віку [48].

Класифікація ВООЗ залежно від ступеня диференціювання ММ: звичайна лейоміома - зріла доброякісна пухлина, клітинна лейоміома, химерна лейоміома, лейоміобластома - епітеліоїдна лейоміома, внутрішньосудинні лейоміоми.

Міжнародна класифікація хвороб десятого перегляду (МКБ 10):

D25 Лейоміома матки

0 Підслизова лейоміома матки

1 Інтрамуральна лейоміома

2 Субсерозна лейоміома

9 Лейоміома неуточнена

7 Доброякісне новоутворення інших частин матки

9 Доброякісне новоутворення матки неуточненої частини

1 Пухлина тіла матки (при вагітності), яка потребує надання медичної допомоги матері.

ММ довго може протікати без виражених клінічних проявів. Симптоми ММ можуть бути ізольованими або в різних поєднаннях, включаючи маткові

кровотечі, біль, порушення функції суміжних органів, безпліддя, гіперплазію ендометрію, дрібнокістозні зміни яєчників, дисгормональні захворювання молочних залоз. Клінічна картина ММ залежить від низки чинників. Больовий синдром у кожної третьої хворої ММ проявляється у вигляді вторинної дисменореї, переймоподібного болю при субмукозному розташуванні вузла, ниючого болю при швидкому зростанні, великих розмірах, міжзв'язному розташуванні пухлини, здавленні сусідніх органів, дегенеративних змінах у вузлі та супутніх запальних. При перекруті ніжки субсерозного вузла розвивається клінічна картина гострого живота: різкий біль унизу живота та попереку з подальшою появою симптомів подразнення очеревини (нудота, блювання, підвищення температури тіла, лейкоцитоз, прискорення ШОЕ, порушення функцій сечового міхура та прямої кишки) [43].

Встановлено, що навіть після появи суб'єктивних відчуттів до звернення до лікаря минає 1-3 роки. Швидке зростання міоматозного вузла у репродуктивному віці зареєстровано у 48-60% хворих. Фоном для цього є передчасне припинення репродуктивної функції або її реалізація; порушення кореляційної залежності між синтезом стероїдних гормонів у яєчниках та гонадотропною стимуляцією; надлишкова маса тіла, що забезпечує позагонадний синтез естрогену; захворювання печінки; хронічні хвороби кишківника, що забезпечують ентерогепатичну рециркуляцію естрогенів; сформовані рецидивні гіперпластичні процеси в ендометрії; хронічні запальні процеси геніталій, і навіть тривалий негативний вплив чинників довкілля, вплив спадкових чинників.

Зростання вузла може бути помилковим внаслідок деструктивно-дистрофічних змін, набряку на фоні впливу високих концентрацій естрадіолу та низьких прогестерону, а також активації урогенітальної інфекції. Істинний швидкий ріст ММ – проліферативна пухлина – частіше спостерігають у жінок у пре- та пост менопаузі (у 8,4% випадків). У пременопаузальному віці припинення гормональної функції яєчників відбувається поступово в середньому протягом 5 років. Знижується чутливість яєчників до гонадотропної

стимуляції. Нестача яєчникових естрогенів частково компенсується підвищенням маси тіла у перименопаузальному віці. Частота патологічних кровотеч у хворих з ММ віком 40-50 років становить 48-58% [37].

Онкологічну настороженість повинні викликати жінки, які вступають у менопаузу з великими розмірами пухлини, вузлами субмукозної локалізації або з центрипетальним зростанням, з рецидивною та атиповою гіперплазією ендометрію, при поєднанні ММ та аденоміозу II-III ступеня, при відсутності інволюції матки. Цей варіант особливо небезпечний, тому що проліферативні процеси в міоматозних вузлах гормонально незалежні. Такі ММ є етапом по дорозі появи саркоми [35].

Основним методом діагностики в гінекології є УЗД. Більшості хворих із ММ потрібне хірургічне лікування. Як правило, хірургічне лікування виконують у плановому порядку у I фазу менструального циклу (5-14-й день). Незважаючи на те, що тотальна гістеректомія є радикальною операцією, її не слід рекомендувати жінкам молодого віку, а також тим, хто бажає зберегти матку та репродуктивну функцію [13].

Найбільша кількість випадків підтвердженого діагнозу лейоміоми матки відзначено в хворих 41-45 р. (18), а найменша кількість (по 3) у хворих віком 26-30 р. та 66-70 р. Діагнозу не відзначено у хворих 16-20 р., 21-25 р., 61-65 р. та 71-80 р.

Найбільшу кількість випадків оперативного втручання (48) було відзначено з приводу тубектомії. Найбільша кількість оперативних втручань (13) було відзначено у віці 21-25 р., а найменша кількість (1) – у віці 46-50р. Оперативних втручань не відзначено у хворих віком 16-20р., 56-60р., 61-65р., 66-70р та 71-80 р.

Діагноз кісти лівого яєчника було відзначено у 46 осіб. Найбільша кількість (14) було відзначено у віці 26-30 р., а найменша кількість (по 1) – у віці 16-20 р., 46-50 р. та 71-80 р. Діагнозу не відзначено у хворих віком 51-55 р., 61-65 р. та 66-70 р.

Екстирпація матки з придатками з обох боків відзначена в 44 осіб. Найбільша кількість оперативних втручань (16) було відзначено у віці 46-50 р., а найменша кількість (по 1) – у віці 36-40р. та 61-65 р. Оперативних втручань не відзначено у хворих віком 16-20р., 21-25р., 26-30р. та 31-35р.

Діагноз кісти лівого яєчника було відзначено у 40 осіб. Найбільша кількість (по 10) було відзначено у віці 21-25р. та 26-30 р., а найменша кількість (по 1) – у віці 36-40р. та 51-55р. Діагноз не відзначено у хворих віком 16-20р, 66-70р. та 71-80 р.

Оперативне втручання з приводу видалення кісти лівого яєчника було відзначено у 36 осіб. Найбільша кількість оперативних втручань (15) було відзначено у віці 26-30 р., а найменша кількість (по 1) – у віці 16-20р., 36-40р., 46-50р. та 51-55 р. Оперативних втручань не відзначено у хворих віком 56-60р., 61-65р., 66-70р. та 71-80 р.

Оперативне втручання з приводу видалення кісти правого яєчника було відзначено у 31 особи. Найбільша кількість оперативних втручань (11) було відзначено у віці 26-30 р., а найменша кількість (по 2) – у віці 31-35р. та 46-50р. Оперативних втручань не відзначено у хворих віком 16-20р., 51-55р., 56-60р., 61-65р., 66-70р. та 71-80 р.

Вісцероліз спайок було відзначено у 29 осіб. Найбільша кількість оперативних втручань (7) було відзначено у віці 26-30 р., а найменша кількість (1) – у віці 36-40р. Оперативних втручань не відзначено у хворих віком 56-60р., 61-65р., 66-70р. та 71-80 р.

Діагноз правобічної трубної вагітності був відзначений у 28 осіб. Найбільша кількість (9) було відзначено у віці 31-35р., а найменша кількість (3) – у віці 36-40р. Діагноз не відзначено у хворих віком 16-20р, 41-45р., 46-50р., 51-55р., 56-60р., 61-65р., 66-70р. та 71-80 р.

Коагуляція яєчника була відзначена у 25 осіб. Найбільша кількість оперативних втручань (12) було відзначено у віці 21-25 р., а найменша кількість (2) – у віці 16-20р. Оперативних втручань не відзначено у хворих інших груп.

Сальпінгооваріолізіс з обох боків був відзначений у 24 осіб. Найбільша кількість оперативних втручань (10) було відзначено у віці 31-35 р., а найменша кількість (2) – у віці 36-40 р. Оперативних втручань не відзначено у хворих віком 16-20р., 41-45р., 46-50р., 51-55р., 56-60р., 61-65р., 66-70р. та 71-80 р.

Діагноз ендометріозу очеревини малого тазу було відзначено у 23 осіб. Найбільша кількість (9) було відзначено у віці 41-45р., а найменша кількість (по 1) – у віці 21-25р. та 36-40р. Діагноз не відзначено у хворих віком 16-20р, 51-55р., 56-60р., 61-65р., 66-70р. та 71-80 р.

Консервативна міомектомія була відзначена у 22 осіб. Найбільша кількість оперативних втручань (9) було відзначено у віці 31-35 р., а найменша кількість (1) – у віці 36-40р. Оперативних втручань не відзначено у хворих віком 16-20р., 21-25р., 46-50р., 51-55р., 61-65р., 66-70р. та 71-80 р.

Діагноз хронічного двобічного сальпінгоофоріїту було відзначено у 20 осіб. Найбільша кількість (по 7) було відзначено у віці 21-25р. та 26-30р., а найменша кількість (2) – у віці 36-40р. Діагноз не відзначено у хворих віком 16-20р, 41-45р., 46-50р., 51-55р., 56-60р., 61-65р., 66-70р. та 71-80 р.

Діагноз лівобічної трубної вагітності був відзначений у 19 осіб. Найбільша кількість (по 5) було відзначено у віці 21-25р. та 26-30р., а найменша кількість (1) – у віці 36-40р. Діагноз не відзначено у хворих віком 16-20р, 46-50р., 51-55р., 56-60р., 61-65р., 66-70р. та 71-80 р.

Діагноз первинного безпліддя був відзначений у 18 осіб. Найбільша кількість (6) було відзначено у віці 31-35р., а найменша кількість (1) – у віці 46-50р. Діагноз не відзначено у хворих віком 16-20р, 41-45р., 51-55р., 56-60р., 61-65р., 66-70р. та 71-80 р.

Діагноз аденоміоз був відзначений у 17 осіб. Найбільша кількість (5) було відзначено у віці 46-50р., а найменша кількість (по 1) – у віці 26-30р., 36-40р. та 51-55р. Діагноз не відзначено у хворих віком 16-20р, 21-25р., 61-65р., 66-70р. та 71-80 р.

Діагноз спайкового процесу 3 ст. був відзначений у 16 осіб. Найбільша кількість (6) було відзначено у віці 41-45р., а найменша кількість (по 1) – у віці

36-40р. та 46-50р. Діагноз не відзначено у хворих віком 16-20р, 21-25р., 51-55р., 56-60р., 61-65р., 66-70р. та 71-80 р.

Діагноз апоплексії правого яєчника був відзначений у 16 осіб. Найбільша кількість (9) було відзначено у віці 21-25р., а найменша кількість (1) – у віці 16-20р.Діагноз не відзначено у хворих віком 31-35р., 36-40р., 41-45р., 46-50р., 51-55р., 56-60р., 61-65р., 66-70р. та 71-80 р.

Міомектомія була відзначена у 15 осіб. Найбільша кількість оперативних втручань (6) було відзначено у віці 36-40 р., а найменша кількість (4) – у віці 41-45р. Оперативних втручань не відзначено у хворих віком 16-20р., 21-25р., 26-30р., 46-50р., 51-55р., 56-60р., 61-65р., 66-70р. та 71-80 р.

Аднексектомія правобічна була відзначена у 15 осіб. Найбільша кількість оперативних втручань (4) було відзначено у віці 61-65 р., а найменша кількість (по 1) – у віці 21-25р., 46-50р. та 51-55р. Оперативних втручань не відзначено у хворих віком 16-20р., 31-35р., 36-40р., 66-70р. та 71-80 р.

Діагноз множинні кісти правого яєчника був відзначений у 14 осіб. Найбільша кількість (7) було відзначено у віці 21-25р., а найменша кількість (по 1) – у віці 31-35р., 46-50р. та 56-60р. Діагноз не відзначено у хворих віком 16-20р, 36-40р., 51-55р., 61-65р., 66-70р. та 71-80 р.

Діагноз вторинне безпліддя був відзначений у 14 осіб. Найбільша кількість (12) було відзначено у віці 31-35р., а найменша кількість (2) – у віці 26-30р. Діагноз не відзначено у хворих віком 16-20р, 21-25р., 36-40р., 41-45р., 46-50р., 51-55р., 56-60р., 61-65р., 66-70р. та 71-80 р.

Ексцизія та облація вогнищ ендометріозу була відзначена у 11 осіб. Найбільша кількість оперативних втручань (4) було відзначено у віці 31-35 р., а найменша кількість (по 1) – у віці 21-25р., 36-40р., 41-45р. та 46-50р. Оперативних втручань не відзначено у хворих віком 16-20р., 51-55р., 56-60р., 61-65р., 66-70р. та 71-80 р.

Діагноз ендометріозу правого яєчника був відзначений у 11 осіб. Найбільша кількість (4) було відзначено у віці 26-30р., а найменша кількість (3)

– у віці 41-45р. Діагноз не відзначено у хворих віком 16-20р, 21-25р., 36-40р., 46-50р., 51-55р., 56-60р., 61-65р., 66-70р. та 71-80 р.

Діагноз перекрут кісти правого яєчника був відзначений у 10 осіб. Найбільша кількість (3) було відзначено у віці 36-40р., а найменша кількість (по 1) – у віці 31-35р., 41-45р. та 51-55р. Діагноз не відзначено у хворих віком 16-20р, 46-50р., 51-55р., 56-60р., 61-65р., 66-70р. та 71-80 р.

Коагуляція вогнищ ендометріозу була відзначена у 10 осіб. Найбільша кількість оперативних втручань (5) було відзначено у віці 41-45 р., а найменша кількість (1) – у віці 21-25р. Оперативних втручань не відзначено у хворих віком 16-20р., 26-30р., 36-40р., 46-50р., 51-55р., 56-60р., 61-65р., 66-70р. та 71-80 р.

Видалення кіст обох яєчників було відзначене у 10 осіб. Найбільша кількість оперативних втручань (3) було відзначено у віці 31-35 р., а найменша кількість (по 1) – у віці 16-20р., 36-40р. та 46-50р. Оперативних втручань не відзначено у хворих віком 21-25р., 51-55р., 56-60р., 61-65р., 66-70р. та 71-80 р.

Видалення плідного яйця було відзначене у 10 осіб. Найбільша кількість оперативних втручань (по 4) було відзначено у віці 26-30р. та 31-35 р., а найменша кількість (по 1) – у віці 21-25р. та 36-40р. Оперативних втручань не відзначено у хворих віком 16-20р., 41-45р., 46-50р., 51-55р., 56-60р., 61-65р., 66-70р. та 71-80 р.

Діагноз кісти обох яєчників був відзначений у 9 осіб. Найбільша кількість (3) було відзначено у віці 31-35р., а найменша кількість (по 1) – у віці 21-25р. та 46-50р. Діагноз не відзначено у хворих віком 16-20р, 26-30р., 36-40р., 51-55р., 61-65р., 66-70р. та 71-80 р.

Діагноз апоплексії лівого яєчника був відзначений у 9 осіб. Найбільша кількість (4) було відзначено у віці 31-35р., а найменша кількість (по 1) – у віці 16-20р. та 41-45р. Діагноз не відзначено у хворих віком 26-30р., 36-40р., 46-50р., 51-55р., 56-60р., 61-65р., 66-70р. та 71-80 р.

Аднексектомія лівобічна була відзначена у 9 осіб. Найбільша кількість оперативних втручань (5) було відзначено у віці 41-45р., а найменша кількість

(по 1) – у віці 26-30р. та 46-50р. Оперативних втручань не відзначено у хворих віком 16-20р., 21-25р., 31-35р., 36-40р., 51-55р., 61-65р., 66-70р. та 71-80 р.

Сальпінгооваріолізіс ліворуч був відзначений у 9 осіб. Найбільша кількість оперативних втручань (4) було відзначено у віці 26-30р., а найменша кількість (по 1) – у віці 21-25р. та 41-45р. Оперативних втручань не відзначено у хворих віком 16-20р., 36-40р., 46-50р., 51-55р., 56-60р., 61-65р., 66-70р. та 71-80 р.

Діагноз множинні кісти лівого яєчника був відзначений у 8 осіб. Найбільша кількість (5) було відзначено у віці 26-30р., а найменша кількість (1) – у віці 41-45р. Діагноз не відзначено у хворих віком 16-20р., 31-35р., 36-40р., 46-50р., 51-55р., 56-60р., 61-65р., 66-70р. та 71-80 р.

Діагноз спайковий процес 1 ст. був відзначений у 8 осіб. Найбільша кількість (по 2) було відзначено у віці 21-25р., 26-30р. та 46-50р., а найменша кількість (по 1) – у віці 31-35р. та 51-56р. Діагноз не відзначено у хворих віком 16-20р., 36-40р., 41-45р., 56-60р., 61-65р., 66-70р. та 71-80 р.

Діагноз спайковий процес 2 ст. був відзначений у 8 осіб. Найбільша кількість (3) було відзначено у віці 31-35р., а найменша кількість (1) – у віці 26-30р. Діагноз не відзначено у хворих віком 16-20р., 21-25р., 41-45р., 51-55р., 56-60р., 61-65р., 66-70р. та 71-80 р.

Діагноз ендометріоз правої маткової зв’язки був відзначений у 8 осіб. Найбільша кількість (4) було відзначено у віці 31-35р., а найменша кількість (по 2) – у віці 26-30р. та 46-50р. Діагноз не відзначено у хворих віком 16-20р., 21-25р., 36-40р., 41-45р., 51-55р., 56-60р., 61-65р., 66-70р. та 71-80 р.

Оклюзія істмічного відділу маткової труби була відзначена у 8 осіб. Найбільша кількість оперативних втручань (4) було відзначено у віці 26-30р., а найменша кількість (1) – у віці 21-25р. Оперативних втручань не відзначено у хворих віком 16-20р., 36-40р., 41-45р., 46-50р., 51-55р., 56-60р., 61-65р., 66-70р. та 71-80 р.

Діагноз повного випадіння матки був відзначений у 7 осіб. Найбільша кількість (по 3) було відзначено у віці 61-65р. та 66-70р., а найменша кількість

(1) – у віці 51-55р. Діагноз не відзначено у хворих віком 16-20р., 21-25р., 26-30р, 31-36р., 36-40р., 41-45р., 46-50р., 56-60р. та 71-80 р.

Біопсія сальника була відзначена у 7 осіб. Найбільша кількість оперативних втручань (3) було відзначено у віці 41-45р., а найменша кількість (по 1) – у віці 21-25р., 26-30р., 56-60р. та 61-65р. Оперативних втручань не відзначено у хворих віком 16-20р., 31-35р., 36-40р., 46-50р., 51-55р., 66-70р. та 71-80 р.

Лапароскопічно асистована вагінальна гістеректомія була відзначена у 7 осіб. Найбільша кількість оперативних втручань (3) було відзначено у віці 66-70р., а найменша кількість (по 2) – у віці 51-55р. та 61-65р. Оперативних втручань не відзначено у хворих віком 16-20р., 21-25р., 26-30р., 31-35р., 36-40р., 41-45р., 46-50р., 56-60р. та 71-80 р.

Фімбріопластика була відзначена у 7 осіб. Найбільша кількість оперативних втручань (4) було відзначено у віці 21-25р., а найменша кількість (3) – у віці 26-30р. Оперативних втручань не відзначено у хворих віком 16-20р., 31-35р., 36-40р., 41-45р., 46-50р., 51-55р., 56-60р., 61-65р., 66-70р. та 71-80 р.

Деторсія яєчника була відзначена у 6 осіб. Відзначено рівну кількість (по 2) оперативних втручань у віці 21-25р., 26-30р. та 31-35р. Оперативних втручань не відзначено у хворих віком 16-20р., 36-40р., 41-45р., 46-50р., 51-55р., 56-60р., 61-65р., 66-70р. та 71-80 р.

Аднексетомія з обох боків була відзначена у 6 осіб. Відзначено рівну кількість (по 2) оперативних втручань у віці 41-45р., 51-55р. та 56-60р. Оперативних втручань не відзначено у хворих віком 16-20р., 21-25р., 26-30р., 31-35р., 36-40р., 46-50р., 61-65р., 66-70р. та 71-80 р.

Діагноз ретроцервікального ендометріозу 3 ст. був відзначений у 6 осіб. Найбільша кількість (4) було відзначено у віці 41-45р., а найменша кількість (по 1) – у віці 31-35р. та 36-40р. Діагноз не відзначено у хворих віком 16-20р., 21-25р., 26-30р, 46-50р., 51-55р., 56-60р., 61-65р., 66-70р. та 71-80 р.

Діагноз синдрому полікістозу яєчників СПКЯ був відзначений у 6 осіб. Найбільша кількість (3) було відзначено у віці 31-35р., а найменша кількість (1)

– у віці 26-30р. Діагноз не відзначено у хворих віком 16-20р., 36-40р, 41-45р., 46-50р., 51-55р., 56-60р., 61-65р., 66-70р. та 71-80 р.

Передня та задня кольпографія була відзначена у 6 осіб. Відзначено рівну кількість (по 3) оперативних втручань у віці 61-65р. та 66-70р. Оперативних втручань не відзначено у хворих віком 16-20р., 21-25р., 26-30р., 31-35р., 36-40р., 41-45р., 46-50р., 51-55р., 56-60р. та 71-80 р.

Діагноз хронічного сальпінгіту був відзначений у 5 осіб. Найбільша кількість (3) було відзначено у віці 21-25р., а найменша кількість (по 1) – у віці 26-30р. та 41-45р. Діагноз не відзначено у хворих віком 16-20р., 31-35р., 36-40р, 46-50р., 51-55р., 56-60р., 61-65р., 66-70р. та 71-80 р.

Біопсія яєчника була відзначена у 5 осіб. Найбільша кількість оперативних втручань (2) було відзначено у віці 31-35р., а найменша кількість (по 1) – у віці 21-25р., 26-30р. та 61-65р. Оперативних втручань не відзначено у хворих віком 16-20р., 36-40р., 41-45р., 46-50р., 51-55р., 56-60р., 66-70р. та 71-80р.

Сальпінгооваріолізіс праворуч був відзначений у 5 осіб. Найбільша кількість оперативних втручань (по 2) було відзначено у віці 41-45р. та 51-55р., а найменша кількість (1) – у віці 26-30р. Оперативних втручань не відзначено у хворих віком 16-20р., 21-25р., 36-40р., 46-50р., 56-60р., 61-65р., 66-70р. та 71-80р.

Діагноз перекрут кісти лівого яєчника був відзначений у 5 осіб. Найбільша кількість (2) було відзначено у віці 41-45р., а найменша кількість (по 1) – у віці 21-25р., 26-30р. та 31-345р. Діагноз не відзначено у хворих віком 16-20р., 36-40р., 46-50р., 51-55р., 56-60р., 61-65р., 66-70р. та 71-80 р.

Біопсія сальпіка була відзначена у 4 осіб. Найбільша кількість оперативних втручань (2) було відзначено у віці 26-30р., а найменша кількість (по 1) – у віці 21-25р. та 31-35о. Оперативних втручань не відзначено у хворих віком 16-20р., 36-40р., 41-45р., 46-50р., 51-55р., 56-60р., 61-65р., 66-70р. та 71-80 р.

Клиноподібна резекція яєчників була відзначена у 4 осіб. Відзначено рівну кількість (по 2) оперативних втручань у віці 21-25р. та 26-30р. Оперативних втручань не відзначено у хворих віком 16-20р., 31-35р., 36-40р., 41-45р., 46-50р., 51-55р., 56-60р., 61-65р., 66-70р. та 71-80 р.

Оментолізіс був відзначений у 4 осіб. Найбільша кількість оперативних втручань (2) було відзначено у віці 41-45р., а найменша кількість (по 1) – у віці 26-30р. та 36-40 р. Оперативних втручань не відзначено у хворих віком 16-20р., 21-25р., 31-35р., 46-50р., 51-55р., 56-60р., 61-65р., 66-70р. та 71-80 р.

Діагноз поліпу ендометрію був відзначений у 4 осіб. Відзначено рівну кількість (по 2) у віці 41-45р. та 66-70р. Діагноз не відзначено у хворих віком 16-20р., 21-25р., 26-30р., 31-35р., 36-40р., 46-50р., 51-55р., 56-60р., 61-65р. та 71-80 р.

Сальпінгостомія двобічна була відзначена у 4 осіб. Найбільша кількість оперативних втручань (3) було відзначено у віці 26-30р., а найменша кількість (1) – у віці 21-25р. Оперативних втручань не відзначено у хворих віком 16-20р., 31-35р., 36-40 р., 41-45р., 46-50р., 51-55р., 56-60р., 61-65р., 66-70р. та 71-80 р.

Гідросальпікс зліва був відзначений у 4 осіб. Відзначено рівну кількість (по 1) оперативних втручань у віці 31-35р., 36-40р., 46-50р., 51-55р. Оперативних втручань не відзначено у хворих віком 16-20р., 21-25р., 26-30р., 41-45р., 56-60р., 61-65р., 66-70р. та 71-80 р.

Діагноз анемії був відзначений у 3 осіб. Відзначено рівну кількість (по 1) у віці 21-25р., 41-45р. та 46-50р. Діагноз не відзначено у хворих віком 16-20р., 26-30р., 31-35р., 36-40р., 51-55р., 56-60р., 61-65р., 66-70р. та 71-80 р.

Оваріолізис ліворуч був відзначений у 3 осіб. Найбільша кількість оперативних втручань (2) було відзначено у віці 31-35р., а найменша кількість (1) – у віці 36-40 р. Оперативних втручань не відзначено у хворих віком 16-20р., 21-25р., 26-30р., 41-45р., 46-50р., 51-55р., 56-60р., 61-65р., 66-70р. та 71-80 р.

Гістеректомія з матковими трубами була відзначена у 3 осіб. Найбільша кількість оперативних втручань (2) було відзначено у віці 51-55р., а найменша кількість (1) – у віці 61-65р. Оперативних втручань не відзначено у хворих

віком 16-20р., 21-25р., 26-30р., 31-35р., 36-40 р., 41-45р., 46-50р., 56-60р., 66-70р. та 71-80 р.

Аблація малих форм ендометріозу яєчників була відзначена у 3 осіб. Відзначено рівну кількість (по 1) оперативних втручань у віці 21-25р., 26-30р. та 31-35р. Оперативних втручань не відзначено у хворих віком 16-20р., 36-40р., 41-45р., 46-50р., 51-55р., 56-60р., 61-65р., 66-70р та 71-80 р.

Ендометріоз лівого яєчника був відзначений у 3 осіб. Найбільша кількість оперативних втручань (2) було відзначено у віці 21-25р., а найменша кількість (1) – у віці 46-50р. Оперативних втручань не відзначено у хворих віком 16-20р., 26-30р., 31-35р., 36-40 р., 41-45р., 51-55р., 56-60р., 61-65р., 66-70р. та 71-80 р.

Діагноз ендометріоз лівої маткової зв'язки був відзначений у 3 осіб. Найбільша кількість (2) було відзначено у віці 31-35р., а найменша кількість (1) – у віці 21-25р. Діагноз не відзначено у хворих віком 16-20р., 26-30р., 36-40р., 41-45р., 46-50р., 51-55р., 56-60р., 61-65р., 66-70р. та 71-80 р.

Діагноз фіброми яєчника та видалення цієї патології було виявлено у двох осіб 31-35р. та 46-50 р.

Діагноз зовнішнього ендометріозу та хронічного сальпінгоофориту зправа було виявлено у двох осіб 26-30 р. та 31-35р.

Діагноз гідросальпікс зправа було виявлено у двох осіб 21-25р. та 41-45р.

Резекцію правого яєчника було проведено чотирьом особам 26-30р. Дрилінг було проведено чотирьом особам 21-25р. Резекцію вогнищ ендометріозу обох яєчників було проведено трьом особам 26-30р. Перріорафію з левatoропластикою було проведено трьом особам 61-65р. Видалення жовтого тіла яєчника було проведено трьом особам 21-25р. Сальпінгоскопію було проведено двом особам 21-25р. Відновлення прохідності маткових труб проведено двом особам 26-30р. Сальпінготомія ліворуч було проведено двом особам 21-25р. Апоплексію обох яєчників було проведено лише одній особі 21-25р. Ушивання яєчника було проведено лише одній особі 31-35р. Перетонумектомію очеревини передньоматкового простору було проведено двом особам 31-35р. Перетонеумектомію підяєчникової ямки було проведено

лише одній особі 31-35р. Часткову рецекцію крижово-маткової зв'язки було проведено двом особам 31-35р. Істмоцеле було проведено двом особам 31-35р. Гідросальпікс з обох боків було проведено лише одній особі 31-35р. Істмопластику було проведено двом особам 31-35р. Двобічну тубектомію було проведено двом особам 31-35р. Резекцію яєчників з обох боків було проведено двом особам 31-35р. Гістеролізис було проведено двом особам 36-40р. Оофаректомію було проведено двом особам 41-45р. Цистоцеле було проведено двом особам 51-55р. Передню кольпографію було проведено двом особам 51-55р. Шейвінг ретроцервікального ендометріозу було проведено двом особам 41-45р. Гематосальпікс зправа було проведено лише одній особі 41-45р. Біполярна коагуляція труби було проведено лише одній особі 41-45р. Ендометріоз сальника було проведено лише одній особі 41-45р. Лівобічну оваректомію було проведено лише одній особі 41-45р. Адгезіоваріолізис було проведено лише одній особі 41-45р. Видалення додатків з обох боків було проведено лише одній особі 41-45р.

Діагноз цистоденоми яєчника виявлено в трьох осіб 26-30р. Діагноз ендометріоз обох яєчників виявлено в трьох осіб 26-30р. Діагноз ендометріоз крижово-маткових зв'язок виявлено лише в двох осіб 26-30р. Діагноз сальпінгооваріолізіс праворуч було виявлено в двох осіб 26-30р. Діагноз геморагічного шоку було виявлено в двох осіб 21-25р. Діагноз лейоміоми зв'язки яєчника було виявлено в двох осіб 36-40р. Діагноз множинні лейоміоми було виявлено в двох осіб 31-45р. та в однієї особи 41-45р. Діагноз перекрут гематосальпіку праворуч було виявлено в двох осіб 51-55р. Діагноз раку молочної залози було виявлено в двох осіб 51-55р. Діагноз неповне випадіння матки було виявлено лише в однієї хворої 51-55р. Діагноз спайкового процесу 4 ст. виявлено лише в однієї хворої 26-30р. Діагноз малі форми ендометріозу яєчників виявлено лише в однієї особи 26-30р. Діагноз ендометріоз серозного шару матки було виявлено лише в однієї особи 26-30р. Діагноз поліп ендоцервіксу виявлено лише в однієї хворої 41-45р. Діагноз ендометріоз лівої маткової труби виявлено лише в однієї хворої 41-45р. Діагноз перекрут

лейоміоми матки було виявлено лише в однієї хворої 41-45р. Діагноз гетеротопії лівого яєчника було виявлено лише в однієї хворої 46-50р.

Діагноз гематосальпіксу зліва та ендометріозу правої маткової труби не було виявлено. Оваріолізис праворуч, сальпінготомія праворуч, сальпінговаріолізис ліворуч та резекції лівого яєчника не було відзначено.

Згідно отриманих результатів можна зробити висновок, що жителі сільської місцевості, можливо, рідше обстежуються у гінеколога і таким чином не повідомлені про гінекологічні патології.

Планових оперативних втручань було на 0,86% менше ніж ургентних, що може означати про недостатнє обстеження населення стосовно гінекологічних захворювань.

ВИСНОВКИ

Таким чином, було опрацьовано та проаналізовано існуючі наукові розробки щодо гінекологічних захворювань при яких показане оперативне втручання. Відзначено планові та ургентні оперативні втручання гінекологічного напрямку. Найкращим способом гінекологічних операцій є лапароскопічний.

Охарактеризовано види гінекологічних операцій. Наведено операції на матці, які поділяються на органозберігаючі та радикальні, та на придатках матки.

Проаналізовано частоту і характер ускладнень після ургентних операцій на черевній порожнині, визначено фактори, що сприяють їх розвитку та існуючі підходи до їх профілактики. Відзначено ранні та пізні ускладнення. Причини післяопераційних ускладнень бувають пов'язані з основним захворюванням, з приводу якого було зроблено оперативне втручання, з перенесеними наркозом і операцією, загостренням супутніх захворювань.

Проведено аналіз статистичних даних щодо проведених гінекологічних операцій. Згідно отриманих результатів можна зробити висновок, що жителі сільської місцевості, можливо, рідше обстежуються у гінеколога і таким чином не повідомлені про гінекологічні патології. Планових оперативних втручань було на 0,86% менше ніж ургентних, що може означати про недостатнє обстеження населення стосовно гінекологічних захворювань.

СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Audisio, R. A. Shall we operate? Preoperative assessment in elderly cancer patients (PACE) can help. A SIOG surgical task force prospective study / R. A. Audisio // Critical reviews in oncology/hematology. – 2008. – Vol. 65, Iss. 2. – P. 156-163

2. Berglund, G. Diet and risk of coronary heart disease / G. Berglund, B. Fagrell // Scandinavian cardiovascular journal. – 2012. – Vol. 46, Iss. 3. – P. 131-136

3. Geriatric Assessment as a Predictor of Tolerance, Quality of Life, and Outcomes in Older Patients With Head and Neck Cancers and Lung Cancers Receiving Radiation Therapy / N. A.VanderWalde, A. M. Deal, E. Comitz [et al.] // International journal of radiation oncology, biology, physics. – 2016. – Vol. 98, Iss. 4. – P. 850–857

4. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010 / R. Lozano, M. Naghavi, K. Foreman [et al.] // Lancet. – 2012. – Vol. 38D (9859). – P. 2095-2128

5. Obstetrics and Gynecology [Text]: PreTest MRCOG / VinnitsyaNationalPirogovMemorialMedicalUniversity; ed.: O. Bulavenko, D. Konkov. - Vinnytsya: Nilan, 2017. - 244 p

6. Obstetrics and Gynecology:in 2 volumes – volume 1 /Obst: textbook (I-III a.l.) /V.I. Gryshchenko, M.O. Shcherbina, B.M. Ventskivskyi et all.; edited by V.I. Gryshchenko, M.O. Shcherbina. – 2 nd edition. – «Медицина». – 2018. – 392 c

7. Pentraxin-3 concentration in the amniotic fluid of women at term, in spontaneous preterm labor and when not in labor / L. F. Martin, N. P. Moço, B. R. Ramos [et al.] // European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology.– 2014. – Vol. 176. – P. 86-99

8. Абдуллаев Р.Я., Вдовиченко Ю.П., Мухомор А.И. УЗД діагностика в репродуктивній гинекології. Навчальний посібник Харків: Нове слово, 2013. – 147 с.

9. Акушерство і гінекологія (у 2-х книгах): підручник (за ред. Грищенко В.І., Щербини М.О.) //Книга І Акушерство. – К.: Медицина, 2011. – 422 с.; Книга ІІ Гінекололгія. – К.: Медицина, 2011. – 375 с.

10. Акушерство та гінекологія [Текст]: у 4 т.: [нац. підруч. для студентів вищ. мед. навч. закл. IV рівня акредитації, лікарів-інтернів і лікарів-курсантів вищ. мед. закл. (ф-тів) післядип. освіти] / ред. В. М. Запорожан. - 2-ге вид., випр.– Київ: Медицина, 2017. - ISBN 978-617-505-257-0. Т. 1: Акушерство / В.М.Запорожан [та ін.]; ред. В. М. Запорожан. - 2017. - 1032 с

11. Акушерство: підручник (за ред. Б.М. Венцковського, Г.К.Степанківської, В.П. Лакатоша). - К.: ВСВ Медицина, 2011. – 422 с.; Книга ІІ Гінекололгія. – К.: Медицина, 2012. – 648 с

12. Гінекологія: підручник для лікарів-інтернів / за ред. В. І. Грищенка. – Харків: Основа, 2003. – 728 с.

13. Гінекологія [Текст]: керівництво для лікарів: підруч. для студентів вищ. навч. закл. / В. К. Ліхачов; рец.: Ю. С. Паращук, О. М. Юзько, О.В.Булавенко. – Вінниця: Нова Книга, 2018. – 688 с.

14. Гінекологія: підручник (за ред. Б.М. Венцковського, Г.К.Степанківської, М.Є Яроцького). - К.: ВСВ Медицина, 2011. – 422 с.

15. Гостра променева хвороба. Навчально-методичний посібник до практичних занять з внутрішньої медицини (військова терапія) для студентів 5 курсу медичних факультетів. – Запоріжжя, ЗДМУ, 2017. – 111 с.

16. Гострий живіт у гінекологічній практиці: Метод. вказ. для лікарів-інтернів, лікарів акушерів-гінекологів, дитячих гінекологів, педіатрів, сімейних лікарів / Уклад. І.О.Тучкіна, Л.А.Вигівська, Г.В.Мальцев, Є.В.Благовещенський, С.В.Покришко, Т.В.Рубінська. - Харків: ХНМУ, 2013. – 45 с.

17. Грубник В.В. Помилки та небезпеки в лапароскопічній хірургії. Infusion & chemotherapy 3.2–2020. С. 69-71.

18. Дикий О.Г. Сучасні аспекти лікування спайкової хвороби очеревини. Клінічна хірургія 4/5: 2008. 14 с.

19. Екстрена медична допомога: підручник / [М. І. Швед, А. А. Гудима, С. М. Геряк та ін.]; за ред. М. І. Шведа. – Тернопіль: ТДМУ, 2015. – 420 с.

20. Ендометріоїдна кіста яєчника: причини утворення, 3 провідних симптому і 2 підходи до лікування захворювання**. 2018. Ресурси інтернету:** https://diagnoz.in.ua/akusherstvo-i-ginekologiya/endometrioidna-kista-yaiechnika-prichin/

21. Ендоскопія в гінекології. Ресурси інтернету: http://eurolab.github.io/zdorov-ya-vid-a-do-/endoskopiya-v-ginek2883.html

22. Загальна хірургія: підручник / [В.П. Андющенко, В.В. Ващук, І.Д. Герич та ін.]; за ред. С.Д. Хіміч, М.Д. Желіба. - Київ: ВСВ "Медицина", 2018. - 608 с

23. Залізняк В.О., Барковський Д.Є. сучасні погляди на лікування міоми матки. Запоріжжя – 2010. 115с

24. Запорожан В.М. Оперативна гінекологія: практ. порадник / В.М.Запорожан. – Одеса: Одес. держ. мед. ун-т, 2006. – 448 с.

25. Клінічна хірургія / за ред. Л. Я. Ковальчука, В. Ф. Саєнка, Г. В. Книшова. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. – 536 с.

26. Ковальчук Л.М. Навчальний посібник з хірургії в модулях Київ, Медицина 2009 р.ст.185-192.

27. Комплексне лікування та профілактика спайкового процесу органів малого таза у жінок репродуктивного віку / В.В. Арсенюк, А.М. Бартош, О.В.Гринів, Т.В. Дідич, Д.В. Петрук, М.І. Смотров // Клінічна анатомія та оперативна хірургія – Т. 16, № 2 – 2017. С. 18-20.

28. Криворучко І.А., Чугай В.В., Сивожелізов А.В., Сикал М.О. Лапароскопическая пластика паховых гриж// Клінічна хірургія. – 2017. – № 1, С. 5-8.

29. Лапач С. М., Чубенко А. В., Бабіч П. М. Статистичні методи в медико-біологічних дослідженнях із застосуванням Excel. К.: МОРІОН, 2000. 320 с.

30. Маланчук Л.М. Вибір оптимальних методів лікування гінекологічних захворювань у жінок, які перебували під впливом малих доз радіації. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2004. – 208 с

31. Малоінвазивна хірургія та рентгенохірургія: нові можливості Центру. Лапароскопічні та ендоскопічні оперативні втручання. Ресурси інтернету: https://clinic.gov.ua/?p=2411

32. Масивні акушерські кровотечі / В. В. Камінський, О.В.Голяновський, Р. О. Ткаченко, А. В. Чернов; за ред. В. В. Камінського. – Київ: РВА «Тріумф», 2010. – 232 с.

33. Назарова, І.Б. Фізіологічне акушерство: підручник / І. Б. Назарова, В.Б. Самойленко; ред. П.М. Баскаков. – К.: Медицина, 2009. – 407 с.

34. Невідкладна хірургія: Керівництво для лікарів / За ред. Ковальчук Л.Я. Тернопіль: Укрмедкнига. 2000. 288 с

35. Оперативна гінекологія : навч. посібник / Ю. С. Паращук, М. Г. Грищенко, В. Ю. Паращук, Р. А. Сафонов. – Харків: ХНМУ, 2017. – 132 с.

36. Оперативна хірургія: хірургічні операції та маніпуляції / І. У. Свистонюк, В. П. Пішак, М. Д. Лютик, Ю. Т. Ахтемійчук. – Київ : «Здоров’я», 2001. – 368 с.

37. Патологічне і оперативне акушерство: підручник / І.Б. Назарова, В.Б. Самойленко, Н.П. Муштенко, І.Г. Шембєлєв; за ред. П.М. Баскакова. – К.: ВСВ «Медицина», 2012. – 520 с

38. Перша долікарська допомога: підручник/під ред. В.П. Андрющенко. Ю.Ф. Кушта, Д.В. Андрющенко – Львів: ЛНМУ, 2011. – 351 с.

39. Ранні і пізні проблеми післяопераційних ускладнень гострого панкреатиту / Я.П. Фелештинський, В.А. Шуляренко, З.З. Парацій, О.В. Шуляренко //Вісник проблем біології і медицини. – 2017. С.17-19.

40. Сивожелізов А.В. В.В. Чугай, В.П. Колесник / Ускладнення лапароскопічної герніопластики //Український журнал хірургії. - 2015. – № 1-2(28-29). С. 61-64

41. Симультанна герніопластика в умовах загальнохірургічного стаціонару / В.П. Польовий, Р.І. Сидорчук, В.В. Арсенюк, С.І. Райляну, О.О. Карлійчук, А.С. Паляниця // Клінічна анатомія та оперативна хірургія – Т. 15, № 3 – 2016. С. 89-91.

42. Степанківська Г. К. Акушерство / Г. К. Степанківська, О. Т. Михайленко. – Київ: «Здоров'я», 2000. – 74.

43. Степанківська О. В. Гінекологія: підручник / О. В. Степанківська, М.О. Щербина. – 2-ге вид., виправлене. – К.: Медицина, 2013. – 432 с.

44. Фізіологічне акушерство (змістовий модуль): метод. вказівки для викладачів / Б. М. Венцківський, В. В. Камінський, В. І. Грищенко [та ін.]; МОН, МОЗ України. – К.: Чайка-Всесвіт, 2008. – 112 с

45. Фізіологічне акушерство (змістовий модуль): навч. посіб. / Б. М. Венцківський, В. В. Камінський, В. І. Грищенко [та ін.]; МОН, МОЗ України. – К.: Чайка-Всесвіт, 2008. – 94 с.

46. Фізіологічне акушерство: підр. (ВНЗ І-ІІІ р.а.) /І.Б. Назарова, В.Б. Самойленко, 2-е вид., перер. І доповн. // «Медицина». – 2018. – 408 с.

47. Хірургічна операція. Післяопераційний період. Ресурси інтернету: https://ansu.at.ua/publ/dogljad_za_khvorimi/khirurgija/khirurgichna_operacija_pislja operacijnij_period/16-1-0-80

48. Хірургічні хвороби: Підруч. для студ. вищ. мед. навч. закл. / П.Я.Чумак, А.Я. Кузнєцов, М.О. Рудий, О.П. Ковальов. — Т.: ТДМУ: Укрмедкнига, 2006. — 487 с

49. Шатило, В.Й. Практикум з фантомного акушерства: навч. посіб. / В.Й. Шатило, П.В. Яворський. – К.: ВСВ "Медицина", 2010. – 112 с

50. Щербина М. О., Потапова Л. В. Генітальний ендометріоз: навч. посібник / М. О. Щербина, Л. В. Потапова. – Харків: ХНМУ, 2020. – 40 с.