

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

Кваліфікаційна наукова
праця на правах рукопису

ПІКУЛЬ ЮЛІЯ ЛЕОНІДІВНА

УДК 618.14-006.36-055.23-053.7-036.65-089-084

ДИСЕРТАЦІЯ
**ОПТИМІЗАЦІЯ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ УРГЕНТНИХ
СТАНІВ В ГІНЕКОЛОГІЇ З ВИКОРИСТАННЯМ
ЕНДОСКОПІЧНИХ ТЕХНОЛОГІЙ**

в галузі знань 22 Охорона здоров'я за спеціальністю 222 Медицина
(наукова спеціальність «Акушерство та гінекологія»)

Подається на здобуття наукового ступеня доктора філософії

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей,
результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне
джерело _____ Ю.Л. Пікуль

Науковий керівник: Вдовиченко Ю.П., чл.-кор. НАМН України, доктор
медичних наук, професор

Київ – 2022

АНОТАЦІЯ

Пікуль Ю. Л. Оптимізація діагностики та лікування ургентних станів в гінекології з використанням ендоскопічних технологій. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора філософії в галузі знань 22 Охорона здоров'я за спеціальністю 222 Медицина (наукова спеціальність «Акушерство та гінекологія»). – Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика МОЗ України. – Київ, 2022.

Дисертаційна робота присвячена підвищенню ефективності оперативного лікування ургентної генітальної патології на підставі вивчення клініко-лабораторних досліджень, а також удосконалення алгоритму діагностичних та лікувально-профілактичних заходів. Для вирішення поставленої мети були визначені наступні завдання: встановити фактори ризику ургентної генітальної патології; представити структурі ургентної генітальної патології; визначити нозологічними формами запальних захворювань органів малого тазу та структуру оперативних втручань; з'ясувати причини маткових кровотеч та основні варіанти оперативних втручань; показати нозологічні форми при внутрішньочеревних кровотечах та структуру оперативних втручань; визначити причини порушень кровообігу пухлин внутрішніх геніталій та основні варіанти оперативних втручань; удосконалити та оцінити ефективність алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів у жінок із ургентною генітальною патологією.

Об'єкт дослідження – ургентна генітальна патологія. Предмет дослідження – перебіг перед- та післяопераційного періоду. Методи дослідження – клінічні, ехографічні, лабораторні та статистичні. Встановлено нові аспекти патогенезу післяопераційних ускладнень у жінок із різними варіантами ургентної генітальної патології, які полягають у негативному

впливі несвоєчасної діагностики та відсутності адекватної корекції гематологічних та метаболічних порушень. Показано, що при розвитку післяопераційних гнійно-запальних ускладнень при ургентній генітальній патології має місце високий рівень постгеморагічної анемії, дисметаболичні порушення та тривалий реабілітаційний період. Отримані дані дозволили науково обґрунтувати необхідність удосконалення алгоритму діагностичних та лікувально-профілактичних заходів у жінок із ургентною генітальною патологією на підставі широкого використання сучасних ендоскопічних технологій та направленої медикаментозної корекції. Визначено основні фактори ризику розвитку ургентної генітальної патології. Показано основні клінічні прояви та показання до оперативного лікування, а також перебіг післяопераційного періоду. Показано структуру нозологічних форм та обсяги оперативних втручань у жінок із запальними захворюваннями органів малого тазу, матковими та внутрішньочеревними кровотечами та порушенням кровообігу пухлин внутрішніх геніталій. Удосконалено та впроваджено алгоритм лікувально-профілактичних та реабілітаційних заходів щодо підвищення ефективності оперативного лікування ургентної генітальної патології із використанням сучасних ендоскопічних технологій та направленої медикаментозної корекції. Планування і проведення всіх досліджень виконано за період з 2017 по 2021 рр. Автором проведено на I етапі (ретроспективний) клінічний аналіз 630 випадків оперативного лікування ургентної генітальної патології за період з 2015 по 2019 рр. На II етапі (проспективний) було проведено комплексне клініко-лабораторне та інструментальне обстеження 350 жінок із ургентною генітальною патологією, які отримували загальноприйнятий та удосконалений алгоритм діагностичних і лікувально-профілактичних заходів. Самостійно зроблений забір і підготовка біологічного матеріалу. Автором написано всі розділи дисертації, сформульовані висновки, удосконалено алгоритм

діагностичних та лікувально-профілактичних заходів, виконано статистичну обробку отриманих результатів. Матеріали дисертанта викладені в наукових працях, опублікованих самостійно, а також в тій частині актів впровадження, які стосуються науково-практичної новизни.

Результати проведених досліджень свідчать, що факторами ризику ургентної генітальної патології є медичні та артіфіційні аборти в анамнезі (58 %), запальні захворювання органів малого тазу (54 %), лікувальні та діагностичні вишкрібання стінок та порожнини матки (28 %), абдомінальні та ендоскопічні операції на матки та додатках (26 %). У структурі ургентної генітальної патології зустрічаються ускладнені форми запальних захворювань органів малого тазу (41,4 %), маткові кровотечі (31,6 %), внутрішньочеревні кровотечі (20 %) та порушення кровообігу пухлин внутрішніх геніталій (6,2 %). Провідними нозологічними формами запальних захворювань органів малого тазу є піосальпінкс/піоваріум (38,1 %), ускладнений (пельвіоперитоніт) гострий сальпіноогофоріт (37,9 %), гострий ендометрит (12,4 %), септичний аборт (3,4 %) та інші форми (перитоніт, параметрит, нагноєння кіст яєчника) – 8,2 % відповідно. При цьому, провідними оперативними втручання були аднексектомія (30,1 %); сальпінгоектомія (29,7 %); дронування черевної порожнини (23,8 %); субтотальна (8,7 %) й тотальна гістеректомія (7,7 %). У жінок із матковими кровотечами провідними нозологічними формами є гіперпластичні процеси ендометрія – 45,7 %; міома матки – 43,2 % та аденоміоз – 10,6 %. У структурі оперативних втручань переважає вишкрібання стінок та порожнини матки (66,3 %) порівняно із субтотальною (13,7 %) та тотальною (9,6 %) гістеректомією, міомектомією (64 %) та іншими (аднекс- та сальпінгоектомія) – 4,4 % відповідно. Серед провідних нозологічних форм при внутрішньочеревних кровотечах основне місце займає позматкова вагітність (68,1 %) порівняно із апоплексією (22,2 %), розривами кіст яєчників

(9,1 %) та іншими (0,6 %). Серед різних оперативних втручань переважають сальпінгоектомія (62 %), резекція та ушивання яєчника (21,9 %), сальпінготомія та сальпінгооваріолізис (12,2 %) й інші (4,1 %). Порушення кровообігу пухлин внутрішніх геніталій виникають частіше на фоні дегенеративних змін міоматозних вузлів (77,4 %), перекруту ніжки кіст яєчників (20,5 %) та крововиливів кіст яєчників (5,1 %). Серед різних варіантів оперативних втручань переважають субтотальна (37,1 %) та тотальна (23,3 %) гістеректомія, порівняно із міомектомією (20,1 %) та аднексектомією (11,7 %). Використання удосконаленого нами алгоритму в жінок із ургентною генітальною патологією дозволяє збільшити кількість ендоскопічних оперативних втручань з 64 (36,6 %) до 155 (88,6 %), що, у свою чергу, дозволило покращити результати оперативного лікування, зменшити операційної крововтрати (на 21,4 %), знизити частоту післяопераційних гнійно-запальних ускладнень (з 20,6 до 9,7 %) та постгеморагічної анемії (з 29,1 до 14,9 %).

Ключові слова: ургентна генітальна патологія, оперативне лікування, ендоскопічні технології, післяопераційні ускладнення.

ANNOTATION

Pikul Iu. Optimization of diagnostics and treatment of the time-urgent consisting of gynaecology with the use of endoscopic technologies. – Qualified scientific work on the rights of the manuscript.

PhD degree dissertation in the field of study 22 Healthcare by Program Subject Area 222 Medicine (Obstetrics and Gynecology). – Shupyk National Healthcare University of Ukraine of MH Ukraine. – Kyiv, 2022.

Dissertation work is devoted to the increase of efficiency of operative treatment of time-urgent genital pathology on the basis of study clinical and laboratory researches, and also improvement of algorithm of diagnostic and treatment-and-prophylactic measures. For the decision of the put purpose the

followings tasks were certain: to set the factors of risk of time-urgent genital pathology; to present to the structure of time-urgent genital pathology; to define the nosology forms of inflammatory diseases of organs of small pelvis and structure of operative interferences; to find out reasons of the uterine bleeding and basic variants of operative interferences; to rotin nosology forms at the intra-abdominal bleeding and structure of operative interferences; to define reasons of violations of circulation of blood of tumours of internal genitalia and basic variants of operative interferences; to perfect and estimate efficiency of algorithm of diagnostic and treatment-and-prophylactic measures for women with time-urgent genital pathology.

A research object is time-urgent genital pathology. Article of research is motion pre- and postoperative period. Research methods – clinical, echographic, laboratory and statistical. The new aspects of pathogeny of postoperative complications are set for women with the different variants of time-urgent genital pathology, which consist in negative influence of ill-timed diagnostics and absence of adequate correction of haematological and metabolic violations. It is rotined that at development of postoperative festering-inflammatory complications the high level of posthemorrhagic anaemia, dismetabolic violation and protracted rehabilitation period takes place at time-urgent genital pathology. Findings allowed scientifically to ground the necessity of improvement of algorithm of diagnostic and treatment-and-prophylactic measures for women with time-urgent genital pathology on the basis of the wide use of modern endoscopic technologies and directed medicinal correction. Certainly basic factors of risk of development of time-urgent genital pathology. Basic clinical displays and testimonies are rotined to operative treatment, and also motion posroperative period. The structure of nosology forms and volumes of operative interferences is rotined for women with the inflammatory diseases of organs of small pelvis, fallopian and intraperitoneal bleeding and violation of

circulation of blood of tumours of internal genitalia. The algorithm of treatment-and-prophylactic and rehabilitation measures is improved and inculcated on the increase of efficiency of operative treatment of time-urgent genital pathology with the use of modern endoscopic technologies and directed medicinal correction. Planning and leadthrough of all researches is executed for period from 2017 on 2021 years. It is conducted on an author I the stage (retrospective) clinical analysis 630 cases of operative treatment of time-urgent genital pathology for period from 2015 to 2019 years. On the II stage (prospective) by us it was conducted complex clinical-and-laboratory and instrumental inspection 350 women with time-urgent genital pathology, which got the generally accepted and improved algorithm of diagnostic and treatment-and-prophylactic measures. Independently done fence and preparation of biological material. An author all sections of dissertation, formulated conclusions, are written with, the algorithm of diagnostic and treatment-and-prophylactic measures is improved. An author is execute statistical treatment of the got results. Materials of candidate for a degree set out in scientific labours, published independently, and also in that part of acts of introduction, which touch a scientific and practical novelty.

The results of the conducted researches testify that the factors of risk of time-urgent genital pathology is: medical and artifactual abortions in anamnesis – 58 %; inflammatory diseases of organs of small pelvis – 54 %; medical and diagnostic scraping off of walls and cavity of uterus – 28 %; abdominal and endoscopic operations on uteruses and additions – 26 %. There are the complicated forms of inflammatory diseases of organs of small pelvis in the structure of time-urgent genital pathology – 4.4 %; uterine bleeding – 31.6 %; intra-abdominal bleeding – 20 % and violation of circulation of blood of tumours of internal genitalia – 6.2 %. The leading nosology forms of inflammatory diseases of organs of small pelvis is: pyosalpinx /pyovarium – 38.1 %; acute salpingo-oophoritis is complicated (pelvioperitonitis) – 37.9 %;

acute endometritis – 12.4 %; septic abortion – 3.4 % and other forms (peritonitis, parametritis, suppuration of ovarian cysts) – 8.2 % respectively. Thus, leading operative interferences were adnexectomy (30.1 %); salpingoectomy (29.7 %); catchment of abdominal region (23.8 %); subtotal (8.7 %) and total hysterectomy (7.7 %). For women with the uterine bleeding leading nosology forms are hyperplastic processes of endometrium – 45.7 %; hystero-myoma – 43.2 % and adenomyosis – 10.6 %. Scraping off of walls and cavity of uterus prevails in the structure of operative interferences – 66.3 % by comparison to subtotal (13.7 %) and total hysterectomy (9.6 %); by myomectomy (64 %); adnexectomy and salpingoectomy – 4.4 % respectively. Among leading nosology forms at the intra-abdominal bleeding a basic place is occupied by extra-uterine pregnancy (68.1 %) by comparison to an apoplexy (22.2 %); by the breaks of cysts of ovaries (9.1 %). Among different operative interferences prevail salpingoectomy (62 %); resection and inseaming of ovary (21.9 %); salpingotomy and salpingoovariolysis (12.2 %). Violations of circulation of blood of tumours of internal genitalia arise up more frequent on a background the degenerative changes of myomatous nodes (77.4 %); torsion of the pedicle of cysts of ovaries (20.5 %) and hemorrhages of cysts of ovaries (5.1 %). Among the different variants of operative interferences prevail subtotal (37.1 %) and total hysterectomy (23.3 %) by comparison to a myomectomy (20.1 %) and adnexectomy (11.7 %). The use of the algorithm improved by us for women with time-urgent genital pathology allows to increase the amount of endoscopic operative interferences from 64 (36.6 %) to 155 (88.6 %), that, in same queue, allowed to improve the results of operative treatment, operating blood loss (on 21.4 %); to reduce frequency of postoperative festering-inflammatory complications (from 20.6 to 9.7 %) and posthemorrhagic anaemia (from 29.1 to 14.9 %).

Keywords: time-urgent genital pathology, operative treatment, endoscopic technologies, postoperative complications.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Пікуль ЮЛ. Роль ендоскопічних операцій в ургентній гінекології. Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П. Л. Шупика. 2017;28(3):108-13.
2. Пікуль ЮЛ. Профілактика порушень гемостазу після ургентних лапароскопічних операцій в гінекології. Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П. Л. Шупика. 2018;31(1):125-9.
3. Пікуль ЮЛ. Ускладнення після ургентних лапароскопічних операцій в гінекології. Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П. Л. Шупика. 2018;31(2):108-16.
4. Пікуль ЮЛ. Особливості післяопераційних ускладнень після лапароскопічних операцій. Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П. Л. Шупика. 2018;31(3):85-94.
5. Pikul I, Lubkovska O. Emergency treatment in gynecology using different methods of surgery. EUREKA Health Sciences. 2022;1:3-9 *(Здобувачем проведено узагальнення та аналіз результатів дослідження, підготовка статті до друку)*.
6. Пікуль ЮЛ. Сучасні можливості ендоскопічних операцій при ургентних станах в гінекології. В: Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П. Л. Шупика: тези матеріалів науково-практичного семінару із міжнародною участю «Міжнародні та вітчизняні стандарти надання гінекологічної допомоги», 2017 лист 21; Київ. 2017;28(3):196.
7. Пікуль ЮЛ. Ризики розвитку тромбоемболічних ускладнень після ургентних лапароскопічних операцій в гінекології. В: Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П. Л. Шупика: тези матеріалів науково-практичного семінару в форматі телемосту «Міжнародні та вітчизняні стандарти надання акушерсько-гінекологічної допомоги», 2018 берез 20; Київ-Тернопіль-Хмельницький. 2018;31(1):206.

ЗМІСТ

	Стор.
СПИСОК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ.....	13
ВСТУП.....	14
РОЗДІЛ 1	
АНАЛІЗ СУЧАСНИХ АСПЕКТІВ ПРОБЛЕМИ НЕВІДКЛАДНИХ	
СТАНІВ В ГІНЕКОЛОГІЇ.....	
1.1 Невідкладні стани у сучасній гінекології	18
1.2 Менеджмент пацієнтки з ургентною гінекологічною патологією.....	31
РОЗДІЛ 2	
МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ	
2.1 Групи пацієнток та їх клінічна характеристика.....	45
2.2 Методи дослідження	48
РОЗДІЛ 3	
РЕТРОСПЕКТИВНИЙ АНАЛІЗ УРГЕНТНОЇ ГЕНІТАЛЬНОЇ	
ПАТОЛОГІЇ.....	
	50
РОЗДІЛ 4	
РЕЗУЛЬТАТИ ПРОСПЕКТИВНОГО АНАЛІЗУ УРГЕНТНОЇ	
ГЕНІТАЛЬНОЇ ПАТОЛОГІЇ.....	
	70
4.1 Результати лікування хворих із запальними процесами органів	
малого тазу	70
4.2 Тактика лікування жінок із матковими кровотечами.....	77
4.3 Результати лікування внутрішньочеревних кровотеч	84
4.4 Тактика лікування жінок із порушенням кровообігу пухлин	
внутрішніх геніталій	89
РОЗДІЛ 5	
ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ УДОСКОНАЛЕНОГО НАМИ	
АЛГОРИТМУ	
	98

РОЗДІЛ 6

АНАЛІЗ ТА ОБГОВОРЕННЯ ОТРИМАНИХ РЕЗУЛЬТАТІВ	103
ВИСНОВКИ.....	122
ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ.....	124
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	125
ДОДАТКИ	156

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

- АЛТ – аланінамінотрансфераза
АМК – аномальні маткові кровотечі
АСТ – аспартатамінотрансфераза
АЧТЧ – активований частковий тромбіновий час
АЯ – апоплексія яєчника
ВК – внутрішньочеревна кровотеча
ВМК – внутрішньоматковий контрацептив
ДМК – дисфункціональні маткові кровотечі
ДРТ – допоміжні репродуктивні технології
ЗЗОМТ – запальні захворювання органів малого тазу
ЗПОМТ – запальні процеси органів малого тазу
ІЛ – інтерлейкін
ІТ – інтенсивна інфузійна терапія
КТ – комп'ютерна томографія
МК – маткова кровотеча
МКХ – міжнародна класифікація хвороб
МРТ – магнітно-резонансна томографія
МТ – маткова труба
ОЦК – об'єм циркулюючої крові
ПІ – протромбінів індекс
ПВ – позаматкова вагітність
ПКПВГ – порушення кровопостачання пухлин внутрішніх геніталій
ППУЯ – пухлиноподібні утворення яєчників
ПФ – плазмаферез
СТГ – соматотропний гормон
ТВ – трубна вагітність
ТМК – тяжка менструальна кровотеча

ФБ – фібриноген

ФСГ – фолікулостимулюючий гормон

ФКЯ – функціональні кісти яєчників

ЧНП – чинник некрозу пухлини

ЦК – цитокіни

ХГЛ – хоріогонічний гормон людини

ВСТУП

Актуальність теми. В сучасній структурі оперативних втручань в гінекології провідне місце займають різні ургентні стани: позаматкова вагітність, апоплексія та порушення трофіки новоутворень яєчників [9, 178]. Клінічні прояви ургентних станів в гінекології залежать від патології органів репродуктивної системи і обсягу крововтрати [20, 180].

Для ефективної діагностики та своєчасного оперативного лікування застосовуються ехографічні методи дослідження та сучасні ендоскопічні технології [35, 181]. Останніми роками для діагностики і хірургічної корекції ургентних станів в гінекології застосовують лапароскопію й гістероскопію [111, 184]. Ендоскопічні методи дозволяють уточнити наявність основної гінекологічної патології та обрати оптимальний об'єм хірургічного лікування.

Залишаються до цих пір не вивченими критерії відбору, показання, протипоказання, доцільність, можливі очікувані ускладнення, віддалені результати для призначення того або іншого оперативного втручання при ургентних станах в гінекології, що з'явилося підставою до проведення нашого наукового дослідження.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Виконана науково-дослідна робота є фрагментом наукової роботи кафедри акушерства, гінекології та перинатології Національного університету охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика «Актуальні аспекти охорони репродуктивного здоров'я жінок, прегравідарної підготовки та пренатальної діагностики в сучасних умовах», номер державної реєстрації 0117U006095, термін виконання 2017–2020 рр.

Мета та завдання дослідження

Метою дослідження було підвищення ефективності оперативного лікування ургентної генітальної патології на підставі вивчення клініко-

лабораторних досліджень, а також удосконалення алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

Для вирішення поставленої мети були визначені наступні **завдання**.

1. Встановити фактори ризику ургентної генітальної патології.
2. Представити структурі ургентної генітальної патології.
3. Визначити нозологічні форми запальних захворювань органів малого тазу та структуру оперативних втручань.
4. З'ясувати причини маткових кровотеч та основні варіанти оперативних втручань.
5. Показати нозологічні форми при внутрішньочеревних кровотечах та структуру оперативних втручань.
6. Визначити причини порушень кровообігу пухлин внутрішніх геніталій та основні варіанти оперативних втручань.
7. Удосконалити та оцінити ефективність алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів в жінок із ургентною генітальною патологією.

Об'єкт дослідження – ургентна генітальна патологія.

Предмет дослідження – перебіг перед- та післяопераційного періоду.

Методи дослідження – клінічні, ехографічні, лабораторні та статистичні.

Наукова новизна одержаних результатів. Встановлено нові аспекти патогенезу післяопераційних ускладнень у жінок із різними варіантами ургентної генітальної патології, які полягають у негативному впливі несвоєчасної діагностики та відсутності адекватної корекції гематологічних і метаболічних порушень.

Показано, що при розвитку післяопераційних гнійно-запальних ускладнень при ургентній генітальній патології має місце високий

рівень постгеморагічної анемії, дисметаболичні порушення та тривалий реабілітаційний період.

Отримані дані дозволили науково обґрунтувати необхідність удосконалення алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів у жінок із ургентною генітальною патологією на підставі широкого використання сучасних ендоскопічних технологій та направленої медикаментозної корекції.

Практичне значення одержаних результатів. Визначено основні фактори ризику розвитку ургентної генітальної патології. Показано основні клінічні прояви та показання до оперативного лікування, а також проаналізовано перебіг післяопераційного періоду.

Показано структуру нозологічних форм та обсяги оперативних втручань у жінок із запальними захворюваннями органів малого тазу, матковими та внутрішньочеревними кровотечами та порушенням кровообігу пухлин внутрішніх геніталій.

Удосконалено та впроваджено алгоритм лікувально-профілактичних і реабілітаційних заходів щодо підвищення ефективності оперативного лікування ургентної генітальної патології із використанням сучасних ендоскопічних технологій та направленої медикаментозної корекції.

Особистий вклад дисертанта. Планування і проведення всіх досліджень виконано за період з 2017 по 2022 рр. Автором проведено на I етапі (ретроспективний) клінічний аналіз 630 випадків оперативного лікування ургентної генітальної патології за період з 2015 по 2019 рр. На II етапі (проспективний) нами було проведене комплексне клініко-лабораторне та інструментальне обстеження 350 жінок із ургентною генітальною патологією, які отримували загальноприйнятий та удосконалений алгоритм діагностичних та лікувально-профілактичних заходів. Самостійно зроблений забір і підготовка біологічного матеріалу.

Автором написано всі розділи дисертації, сформульовано висновки, удосконалено алгоритм діагностичних і лікувально-профілактичних заходів, виконано статистичну обробку отриманих результатів. Матеріали дисертанта викладені в наукових працях, опублікованих самостійно, а також в тій частині актів впровадження, які стосуються науково-практичної новизни.

Апробація результатів роботи. Основні положення роботи докладалися і обговорювалися на наукових конференціях Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика МОЗ України (Київ, 2017-2020 рр.), науково-практичному семінарі з міжнародною участю «Міжнародні та вітчизняні стандарти надання гінекологічної допомоги» (21 листопада 2017 року, м. Київ), науково-практичному семінарі в форматі телемосту «Міжнародні та вітчизняні стандарти надання акушерсько-гінекологічної допомоги» (20 березня 2018 року, Київ–Тернопіль–Хмельницький).

Публікації. За темою кандидатської дисертації опубліковано 7 наукових робіт, з яких 4 – статті в наукових виданнях, рекомендованих МОН України, 1 стаття в науковому виданні, що входить до міжнародних наукометричних баз Scopus / Web of Science, 2 тез в матеріалах наукових фахових конференцій.

Обсяг та структура дисертації

Дисертація викладена на 157 сторінках машинопису (основний текст розташований на 124 сторінках; список використаних джерел займає 31 сторінок), складається із анотації, вступу, огляду літератури, розділу, присвяченого методам дослідження і лікування, трьох розділів власних досліджень, їх обговорення, висновків і списку використаних джерел, що включає 288 джерел (171 – кирилицею і 117 латиницею). Робота ілюстрована 1 таблицею та 6 рисунками.

РОЗДІЛ 1

АНАЛІЗ СУЧАСНИХ АСПЕКТІВ ПРОБЛЕМИ НЕВІДКЛАДНИХ СТАНІВ В ГІНЕКОЛОГІЇ

1.1 Невідкладні стани у сучасній гінекології

В умовах кризи народжуваності здоров'я кожної людини, від якої залежить подолання негативного приросту населення, є надзвичайно актуальним [25, 36, 146, 165]. Глобальною стратегією ВООЗ на 2016-2030 рр. поставлені три основні цілі: виживати, процвітати, змінювати [36]. Завданням Стратегії є створення світу, в якому жінки, діти і підлітки будуть жити в безпечному середовищі, без ризиків передчасної смерті. Для цього Глобальною стратегією пропонується створити сприятливе середовище для охорони здоров'я, щоб жінки, діти і підлітки по всьому світу могли реалізувати своє право на володіння найвищим досяжним рівнем здоров'я і благополуччя [165]. У цьому аспекті особливої уваги набуває надання невідкладної допомоги жіночому населенню з гострою гінекологічною патологією. Саме ця патологія, за даними авторів, є одним із основних чинників летальності жінок молодого репродуктивного віку [150, 221]. Часто невідкладні стани, що потребують екстреного втручання, супроводжуються клінікою так званого «гострого живота». За визначенням Б.М. Венцківського (2017) «Гострий живіт» – це комплекс патологічних станів органів черевної з гострим початком та перебігом, які мають різну етіологію та специфічну клінічну картину [20]. Дане поняття включає не тільки гінекологічну патологію, але й гострі хірургічні стани, що супроводжуються запаленням, деструкційними процесами органів шлунково-кишкового тракту тощо [132]. Під клінікою «гострого живота» можуть маскуватися серцево-судинні захворювання (інфаркт міокарда, спазм

вінцевих артерій, аневризма аорти) [20]. «Гострий живіт» при різній гінекологічній патології створює загрозу життю жінки, тому вимагає негайної госпіталізації, чітких та швидких діагностично-лікувальних заходів [20, 135, 149, 150].

За класифікацією станів із клінікою «гострого живота» в гінекології виділяють наступні [20].

I. Гострі внутрішньочеревні кровотечі:

- порушена позаматкова вагітність;
- апоплексія яєчника.

II. Порушення кровопостачання внутрішніх статевих органів жінки:

- перекрут ніжки пухлини та пухлиноподібних утворень яєчника;
- перекрут та/або некроз міоматозного вузла.

III. Гострі запальні захворювання внутрішніх статевих органів із залученням очеревини в запальний осередок: піосальпінкс, піовар, пельвіоперитоніт, перитоніт.

«Гострий живіт» в гінекології можуть супроводжувати також ятрогенні пошкодження матки – перфорації при виконанні діагностичних та лікувальних процедур, гіперстимуляція яєчників в циклах ДРТ, пошкодження цілісності органів при травмах малого тазу тощо.

Лідерами серед невідкладних гінекологічних оперативних втручань традиційно залишаються позаматкова вагітність (ПВ) та апоплексія яєчника (АЯ) [56, 280]. Занепокоєння викликає той факт, що зберігається тенденція до зростання кількості позаматкової вагітності у жінок репродуктивного віку [61, 130]: на сьогодні на 100 вагітностей, що завершилися народженням дітей, припадає 2,4 випадки, або 1,25-14 на 1000 зареєстрованих вагітностей [56, 61]. Актуальності проблемі позаматкової вагітності надає той факт, що у 13,2 % жінок відбувається повторна аномальна нідація плідного яйця [110]. Не дивлячись на

прогрес сучасної науки щодо зниження смертності від ПВ, все ж ця патологія залишається на другому місці серед причин материнської смертності і складає 9,2 % від всіх смертей, пов'язаних з гестацією. Головними причинами летальності ПВ є кровотеча (68,9 %) і сепсис (4,6 %) [117, 175] Заслугує на увагу зростання частоти ПВ у сучасний період – показник ПВ перевищує у 2-3 рази аналогічний показник п'яти-семирічної давнини [175, 181].

Класифікація ПВ за МКХ-10 наступна.

1. За локалізацією плідного яйця:

О00 Абдомінальна (черевна) вагітність

О00.1 Трубна вагітність –

- вагітність у матковій трубі;
- розрив маткової труби внаслідок вагітності;
- трубний аборт.

О00.2 Яєчникова вагітність

О00.8 Інші форми позаматкової вагітності –

- шийкова вагітність;
- комбінована ПВ;
- в розі матки;
- внутрішньозв'язова ПВ;
- в брижі матки.

О00.9 Позаматкова вагітність неуточнена

2. За перебігом:

- прогресуюча;
- порушена (трубний аборт, розрив маткової труби);
- завмерла вагітність.

До основних етіологічних чинників виникнення ПВ належать: запальні захворювання органів репродуктивної системи в анамнезі, раніше перенесена ПВ, злуковий процес органів малого таза після

перенесених оперативних втручань, яєчникова гормональна дисфункція; ендокринні дисбаланси, генітальний інфантилізм, ендометріоз, тривале використання внутрішньоматкових контрацептивів, застосування допоміжних репродуктивних технологій з приводу безпліддя [18, 22, 29, 78, 118, 169, 184]. В умовах сьогодення науковцями відзначається зростання ролі хламідійної, мікоплазм енної інфекції серед трансмісивних збудників запального процесу при ПВ [5, 72, 85, 94, 128, 171].

Сучасними дослідженнями встановлено, що для гормонального фона трубної дисфункції при ПВ на тлі запального процесу є характерним є низькі концентрації естрадіола (E2) в перiovуляторний період (функціональна недостатність ФСГ в лютеїнову фазу попереднього циклу), тестостерону протягом менструального циклу, прогестерону в другій фазі менструального циклу (21-24-й день МЦ) [193]. Зростання базальної концентрації соматотропного гормону (СТГ) сприяє створенню умов для нефізіологічної овуляції та імплантації ембріона. В цілому, частота ендокринопатій при ПВ, які в подальшому, підлягали ДРТ, сягає 91,7 % [50].

На частку ендокринних дисбалансів в патогенезі ПВ припадає 32-35 %. Особливістю ПВ на тлі ендокринопатій є імплантація плідного яйця у анатомічно незмінених трубах. Це зумовлено тим, що по системі зворотного зв'язку функціональні зрушення концентрації гормонів аденогіпофіза спричиняють порушення скоротливої активності маткових труб (МТ) [81], що змінює швидкість міграції зиготи із порожнини матки в МТ при пізній овуляції (ембріональний матеріал зі зниженими інвазивними можливостями) [40, 81].

Значення запального процесу в порушенні прохідності фаллопієвої труби, який пошкоджує як її слизову, так і викликає зміну її анатомічної будови важко переоцінити [32]. Функціональна активність маткової труби в результаті дії запального чинника проявляється зниженням

рівня РНК, глікогену, глікопротеїдів в секреті МТ, що порушує як транспорт яйцеклітини, так і може спричинити її загибель [32, 280].

Існує наступна класифікація ектопічної вагітності: трубна вагітність, яєчникова вагітність, шийкова вагітність, черевна вагітність [20, 280].

Трубна вагітність (ТВ) – вагітність, яка розвивається в матковій трубі, частота зустрічання становить 97 % від всіх ектопічних вагітностей. На частку інших локалізацій припадає близько 3 %. За локалізацією плідного яйця при ТВ найчастіше зустрічається ТВ в ампулярному відділі МТ – 78 %, істмічна локалізація – 12 %, фімбріальна – 5 %, інтерстиціальна – 2 % [280]. Місце імплантації трофобласта, як правило, зумовлює клінічну картину ПВ. При перериванні вагітності за типом трубного аборт загибель ембріона з наступною хоріодецидуальною кровотечею та відторгненням трофобласту від місця нідації відбувається у 80 % [71, 175, 176]. Типовим часом трубної вагітності є її переривання зазвичай на четвертому-шостому або сьомому-восьмому тижні. Ворсини хоріону, упродовжуючись в стінку маткової труби, викликають її руйнування і розплавлення, утворюючи шар фібринозного некрозу, що сприяє стоншенню і розтягненню стінки з подальшим розтином стінок кровоносних судин і деструкцією нервових волокон. Одним із варіантів порушення трубної вагітності є трубний аборт. Переривання ектопованої вагітності зумовлено відсутністю специфічної за будовою та аналогічною до структури ендометрія слизової оболонки, здатної до гравідарної трансформації та відповідаючої потребам фізіологічної вагітності. Тому при розвитку хоріона поза межами матки його ворсини руйнують тканини, в яких відбувається інвазія, у тому числі і кровоносні судини, що призводить до кровотечі [186, 257, 260].

Досить частою причиною внутрішньочеревних кровотеч виступає апоплексія яєчника (АЯ), яка визначається авторами як стан, при якому

відбувається «крововилив у яєчник, що стався раптово і супроводжується порушенням цілісності його тканини» [212]. Зростання частоти АЯ в умовах сьогодення науковці пов'язують із техногенним преформуванням навколишнього середовища, зростанням діагностичних можливостей сучасності [35, 144, 145, 250]. За даними сучасної літератури, частка інтраабдомінальних кровотеч при АЯ сягає 0,5-3,0 % від усіх стаціонарних хворих гінекологічних відділень [110, 130, 250]. Занепокоєння лікарів зумовлено віковою складовою АЯ – за даними епідеміологічних досліджень, це жінки активного репродуктивного віку, 75 % із яких молодше 30 років [67, 250]. Морфологічним субстратом для АЯ у більшості випадків є функціональні кісти яєчників (ФКЯ): фолікулярні кісти (14,0-17,9 %), кісти жовтого тіла – 60,0-82,1 % та ендометріюми яєчника – 2,0-4,5 % [13, 111, 264]. За умов активного застосування допоміжних репродуктивних технологій в сучасній репродуктології зросла частка внутрішньочеревних кровотеч, спричинених порушенням цілісності текалютеїнової кісти [14, 55, 65, 163, 277]. Чинниками АЯ можуть бути травма живота, фізичне навантаження, верхова їзда, ендокринопатії, що порушують овуляторний фізіологічний процес [20, 154]. Авторами відзначається роль ендогенних чинників АЯ, до яких належать: неправильне положення матки, механічне здавлювання судин, що порушує яєчниковий кровотік, тиск на яєчник пухлиною, злукові процеси в малому тазі та безпричинний розрив яєчника в стані спокою або під час сну [6, 14, 30, 55, 154, 160, 163].

Статистичні дані свідчать про переважання апоплексії правого яєчника в зрівнянні із лівим. Дослідники цього феномену пов'язують це із анатомічними особливостями синтопії органів малого таза (зв'язка Кладо між яєчником та апендиксом), що збільшує мобільність правого придатка та відсоток крововиливів при овуляції [34, 110]. У той же час, чинником сприяння апоплексії лівого яєчника вважаються запальні

процеси, які сприяють склерозуванню судин і тканини цього яєчника, варикозному трансформуванню судин мезоварія [34].

Окрім вказаного, до АЯ можуть призводити захворювання крові із порушенням загортальної її здатності, прийом антикоагулянтів [110, 114, 215, 254, 279].

За клінічними формами розрізняють наступні варіанти АЯ: анемічну, больову, змішану [20]. Овуляція, потужна васкуляризація тканин жовтого тіла, передменструальна гіперемія яєчника можуть зумовлювати утворення гематоми, яка, в свою чергу, зумовлює анемічну форму АЯ. За наявності больового синдрому, зумовленого порушенням цілісності тканини яєчника, та при незначній кровотечі встановлюється больова форма апоплексії яєчника, а при їх поєднанні – змішана [55, 76, 159, 254, 264].

Щодо проблеми пухлинних станів яєчників, які зумовлюють клініку «гострого живота» в гінекології, заслуговує на увагу зростання частки пухлиноподібних утворень яєчників (ППУЯ) – 58,8 % та справжніх пухлин – 39,1 % [30]. За гістотипами ППУЯ: найчастіше зустрічаються фолікулярні кісти яєчників – від 40 до 70 % усіх кістозних утворень яєчників. Частка кіст жовтого тіла та ендометріом у структурі ППУЯ становить від 2 до 20 % та від 5 до 12 % відповідно. За даними багатьох авторів, частка текалютеїнових кіст не перевищує 1-2 % [28, 30, 65, 67, 279]. Аналізуючи статистичні дані з даної проблеми, О.Я. Назаренко (2014) доходить висновку, що у кожній третій жінки існує ризик оваріальної кровотечі, пов'язаної з персистенцією доброякісних кістозних утворень [105].

Із загальної кількості хворих з невідкладними гінекологічними захворюваннями, які потребують допомоги, окрему групу складають жінки з так званим «гострим животом», причинами розвитку якого можуть бути порушення кровопостачання пухлин матки та придатків

матки внаслідок перекруту чи порушення цілісності капсули [74, 195, 202, 220].

Схильність до порушення кровопостачання пухлини внаслідок перекруту зумовлена гістологічною структурою пухлини (частіше це дермоїдні утворення), рухомістю (нефіксованість до оточуючих тканин), виразністю «анатомічної ніжки» [173, 258]. Гістохімічні некротичні зміни в пухлинах залежать від швидкості повороту пухлини, ступеня перекручування її по осі, а також від виду судинного стазу. Венозний стаз при перекруті супроводжується венозним застоєм, крововиливом у паренхіму, а іноді – порушенням цілісності стінки з внутрішньо-черевною кровотечею. При артеріальному стазі відбуваються некротичні зміни в тканинах пухлини з клінікою перитоніту [20, 74, 76, 202].

Стосовно порушення живлення міоматозних вузлів, які призводять до клініки «гострого живота», авторами відзначається зростання частоти цього ускладнення при вагітності, під час пологів та у післяпологовому періоді [20, 111, 154, 209, 255]. Дані зміни можуть розвиватися не тільки внаслідок перекруту ніжки субсерозного вузла, а й у результаті венозного застою, ішемії, тромбоутворення в структурі пухлини. При цьому провідним фактором є вагітність, при якій збільшується як сама матка, так і міоматозні вузли [238]. Інфікування некротизованих міоматозних вузлів зазвичай відбувається гематогенним або лімфогенним шляхами і, у разі відстроченого оперативного лікування, загрожує генералізацією запального процесу – перитонітом, сепсисом [115, 197, 265, 287].

Розглядаючи патогенез внутрішньочеревних акушерсько-гінекологічних кровотеч, які супроводжуються змішаним больовим синдромом, заслуговує уваги перфорація матки, як ятрогенне пошкодження органа при виконанні інтрагістеральних маніпуляцій. Частота цього ускладнення сягає, за даними ряду авторів, 2,3 % випадків [8, 157, 249]. Автори

сходяться на думці, що найчастіше перфорація матки відбувається на початку операції штучного аборту, коли плодове яйце ще не порушено, або в ході операції, коли виникають труднощі з його відшаруванням від стінки матки. У більш рідкісних випадках відбувається перфорація матки після видалення з її порожнини плідного яйця [157]. Провідне значення у частоті цього ускладнення мають термін вагітності (12 тижнів і більше), зміни маткової стінки (як результат частих абортів, гістерорезектоскопій, вад розвитку органа), запальні захворювання, новоутворення матки [8, 20, 154, 249].

Запальні захворювання органів верхнього відділу статевих шляхів жінки також вносять свою частку в формування «гострого живота» у жінок та не мають тенденції до зниження [111, 134, 230, 248, 262]. У цьому аспекті заслуговує на увагу зростання частки гострих ендометритів та гнійно-запальних процесів маткових труб і яєчників у носійок внутрішньоматкових контрацептивів (ВМК) [246]. Залишається високою частота ендометритів та інших запальних ускладнень після абортів, пологів та оперативних родорозроджень [20, 242, 246]. Часто запалення призводить до розповсюдження інфекції на очеревину малого таза з формуванням тазових абсцесів та супроводжується клінікою пельвіоперитоніту [230].

Науковці сьогодення при оцінці тенденції до зростання кількості запальних процесів репродуктивних органів жінки фертильного віку відзначають поєднання ролі урогенітальної інфекції при лібералізації сексуальних відносин при зниженні захисних імунних механізмів жінки в умовах несприятливої екологічної ситуації та ендокринних дисбалансів [230]. Незбалансована нутрієнтна складова сучасної жінки на тлі хроніостресу суттєво погіршує та ускладнює лікування гнійно-запальних захворювань матки та придатків. Дослідники з проблеми запалення репродуктивних органів жінки відзначають атиповість

клінічного перебігу захворювання, що обумовлене зміною вірулентності та якісного складу мікроорганізмів, які беруть участь у реалізації захворювання [192, 204, 228, 245].

Дослідники інфекційного синдрому в гінекології відзначають більшу схильність трубного ендотелію до ураження бактеріальними збудниками, що пов'язано із їх анатомічною будовою та особливостями кровопостачання фаллопієвих труб [182, 200, 244]. При цьому автори відзначають залежність клінічних проявів від етіологічного фактора, тривалості запального процесу та механізму інфікування маткових труб [134, 248, 262]. Підвищена чутливість жіночого організму до інфекційного агента більш виражена в постабортному періоді. У цей час бактеріальна та вірусна інфекція не стримується імунним контролем у зв'язку з фізіологічною Т-клітинною дисфункцією, яка зумовлена вагітністю. Після хірургічного переривання вагітності зростає пригнічення як клітинної, так і гуморальної ланок імунітету, викликане ендокринним пролактиновим дисбалансом у відповідь на стрес та наркоз [46, 207]. Знижуються імунорегуляторний (CD4+ CD8+) та фагоцитарний індекси, зменшується загальна кількість та відсоткове співвідношення цитотоксичних клітин [11, 48, 49]. Ці зміни мають більшу виразність у жінок із персистуючою вірусною інфекцією [136, 194].

Гострий запальний процес характеризується швидким та прогресивним розвитком, при якому за короткий відрізок часу патологічний процес із локального переходить у системний, так звану гострофазову відповідь організму з активацією тканинних макрофагів та секрецією прозапальних цитокінів (ЦК) – інтерлейкінів 1 (ІЛ-1, ІЛ-6), чинника некрозу пухлини- α (ЧНП- α) [45, 54, 141]. Активація вказаних цитокінів призводить до активації експресії молекул адгезії на ендотеліальних клітинах та макрофагах, зумовлюючи зростання активності мононуклеарних фагоцитів та цитокінової продукції [54]. Цитокінова акти-

вація підвищує функціональну активність макрофагів та нейтрофілів, впливає на зростання фібробластів, епідермальних клітин, клітин ендотелія та регенерацію нервових закінчень [83, 112]. Активність цитокінової прозапальної відповіді організму залежить від рівня прозапальних цитокінів, перш за все, ІЛ-4, ІЛ-10 [54]. Дисбаланс у виробленні цитокінів може порушити існуючі в імунній системі взаємозв'язки, що в кінцевому підсумку може призвести до патології регенерації [45, 54, 133]. Дослідники імунного гомеостазу жінок із гострим запальним процесом внутрішніх геніталій відзначають зниження рівня сироваткових імуноглобулінів, що є свідченням імунодефіцитного стану та схильності до хронізації запального процесу [168, 261, 263].

Багатьма дослідниками інфекційного синдрому в гінекології відзначається роль оксидативного стресу як провідного чинника в патогенезі запальної відповіді. При запальному процесі продукти перекислого окиснення ліпідів призводять до пошкодження клітинних мембран активними формами кисню, при цьому формується фон для порушення метаболічних процесів, дезорганізації функціонування клітин та організму в цілому. Неадекватність діяльності антиоксидантної системи призводить до наростання ендотоксикозу, вторинної деструкції клітинних мембран та посилення тяжкості патологічного процесу [26, 27, 38, 42, 124].

Науковцями сьогодення відзначається роль зростаючого апоптозу клітин в патогенезі гнійно-запальних захворювань репродуктивного тракту жінок. Літературні джерела по різному трактують цей феномен. З одного боку, підвищений апоптоз розглядається як позитивний фактор, що сприяє обмеженню системної запальної реакції за рахунок елімінації з патологічного вогнища нейтрофілів і лімфоцитів, які продукують прозапальні медіатори в т.ч. цитокіни. З іншого – як негативний фактор, що

призводить до розвитку імунодепресії та придушення захисної реакції організму на вторгнення патогену [26, 98, 148, 153, 208, 239].

Таким чином, аналізуючи вище розглянуті дослідження, присвячені гострому запальному синдрому в гінекології, ми дійшли висновку, що етіопатогенетичні особливості їх формування досить різноманітні, все це зумовлює потребу в пошуку адекватних та персоналізованих терапевтичних заходів.

До ургентних гінекологічних стаціонарів досить часто поступають жінки із інтенсивними ациклічними кров'янистими виділеннями із статевих шляхів – так званими аномальними матковими кровотечами (АМК). АМК протоколом «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги» (2016) визначається як узагальнююче поняття для будь-якого відхилення менструального циклу від норми, що включає зміни регулярності й частоти менструацій, тривалості кровотечі або кількості крові, що втрачається. Тяжку менструальну кровотечу (ТМК) визначають як «надмірну менструальну крововтрату, що порушує фізичний стан, соціальні, емоційні та/або матеріальні умови життя жінки» [206]. При цьому відзначається, що ТМК справляють негативний вплив на якість життя жінок, оскільки супроводжується порушенням гормонального гомеостазу [214, 229, 270].

Класифікація причин АМК (PALM/COEIN) за FIGO:

- структурні – поліпи; аденоміоз; лейоміома матки; злякисні пухлини, гіперплазія ендометрія;
- неструктурні – коагулопатія; порушення овуляції; патологія ендометрію; ятрогенні чинники; не класифіковані.

При АМК у жінок репродуктивного віку в яєчниках відбувається персистенція фолікулів із біохімічною абсолютною чи відносною гіперестрогенемією, формується прогестероновий дефіцитний стан. АМК іноді

є проявом гіпоестрогенового гормонального тла жіночого організму внаслідок недостатності секреторної трансформації ендометрія [155, 187, 189]. Дефіцит прогестерону слугує тлом зниження рівня гамааміномасляної кислоти (ГОМК) в організмі жінки, що супроводжується больовим синдромом. На інтенсивність і тривалість кровотечі впливає місцевий гемостаз, який зумовлює підвищення фібринолітичної активності та рівня деяких метаболітів арахідонової кислоти, що перешкоджають агрегації тромбоцитів і розширенню судин. Паралельно з цим відбувається зниження продукції медіаторів, що викликають скорочення судин. Описані метаболічні зміни призводять до деструкції клітин ендотелію судин і зумовлюють інтенсивність кровотечі [28, 32]. Крововтрата, що при цьому розвивається, може бути однією з причин дисфункції імунної системи [155, 263, 270], активації прозапальної ланки імунітету [28, 153].

Геморагічний синдром впливає на стимулювання еритроїдного диференціювання стовбурових кровотворних клітин і зумовлює формування еритропоетинзалежних реакцій [154]. Зростання кількості незрілих еритроїдних форм призводить до пригнічення імуногенезу та імунної відповіді організму жінки, що в майбутньому призводить до серцево-судинних розладів [39, 63, 106, 174, 281].

Гіперпластичні зміни ендометрію та поліпи слизової матки часто супроводжуються матковими кровотечами та анемізацією, призводячи до тимчасової непрацездатності жінок репродуктивного віку [37, 198, 205]. За даними деяких авторів, гіперпластичні процеси формуються на тлі кількісного зниження імунокомпетентних клітин, зміни їх функціональної активності та порушення у системі інтерферонів з дисбалансом імуноглобулінів [28, 129, 263]. Для метаболічних порушень при гіперпластичних станах є характерним зміна ліпідного спектра сироватки крові [26, 92, 124, 153, 236, 273]. При лейоміомі матки патологічні процеси в жіночому організмі зумовлюються ендокрино-обмінними та

інфекційно-гіпоксичними процесами в міометрії [28, 39, 43, 92, 141]. Згідно з даними літератури, циклічними та ациклічними кровотечами супроводжується підслизова локалізація міоматозних вузлів, що спостерігається в 5-18 % випадків [53, 281].

Ендометриоз у структурі гінекологічної захворюваності стоїть на третьому місці і не має тенденції до зниження, вражає до 50 % жінок із збереженою менструальною функцією, призводячи до функціональних розладів та структурних змін у репродуктивній системі [161, 188, 210, 240, 251]. У наш час вважається доведеним, що виживання та імплантація життєздатних фрагментів гетеротипованого ендометрія в перитонеальній порожнині обумовлені порушеннями ендокринно-імунними дисбаланси організму жінки [9, 161, 162, 216]. У жінок з ендометриозом збільшено вміст перитонеальних макрофагів, посилена їх активність і секреція ними різних цитокінів, а в перитонеальній рідині підвищено вміст прозапальних цитокінів (ЧНП- α , ІЛ-1, ІЛ-3, ІЛ-8, ІЛ-6). При цьому гіперактивація перитонеальних макрофагів з подальшим посиленням продукції ними прозапальних цитокінів і факторів зростання створюють умови, сприятливі для розвитку ендометриїдних гетеротопій. Даному процесу сприяють функціональні особливості самих ендометріальних клітин, які, за даними дослідників, здатні пройти імунологічний «контроль» і мають підвищену здатність до проліферації та інвазії [117, 138].

1.2 Менеджмент пацієнтки з ургентною гінекологічною патологією

Алгоритм надання невідкладної допомоги жінкам із гострою гінекологічною патологією базується на необхідності швидкого встановлення чіткого діагнозу – та оцінки загального стану пацієнтки з клінікою «гострого живота» [20, 56, 97, 110, 132, 135, 172, 232]. Тому швидка і точна діагностика є важливою для належного лікування, що

рятує життя, та необхідна для збереження фертильності [53, 67, 97, 116, 154, 212, 220, 227, 232, 253, 256, 259, 271, 280, 288]. У цьому аспекті заслуговує уваги необхідність оперативних втручань на матці та придатках при масивних кровотечах [220, 256]. Діагноз у цьому випадку попередньо встановлюється на основі симптомів (гострий тазовий чи очеревинний біль, які інколи поєднуються із вагінальною кровотечею, втратою свідомості, симптоми подразнення очеревини, та на результатах фізикального обстеження й інструментальних методів дослідження: теплобачення, трансабдомінальної (ТАС) і / чи трансвагінальної (ТВС) сонографії та лабораторних досліджень [64, 211, 217, 225, 234, 287, 289]. Результати візуалізації є важливими при оцінці гострих гінекологічних захворювань, оскільки симптоми та результати фізикального обстеження часто неспецифічні та обмежені [6, 7, 12, 33, 75, 93, 104, 149, 164, 191, 203, 226]. УЗД є методом першої лінії візуалізації; однак, коли остаточний діагноз встановити неможливо, комп'ютерна (КТ) та магнітно-резонансна (МР) томографія можуть звузити диференційний діагноз [1, 44, 183]. Особливо важливим є застосування новітніх діагностичних технологій при диференційній діагностиці захворювань органів шлункового тракту та гострих станів у гінекології [21, 47, 51, 86, 87, 89, 109, 152, 199, 201, 213, 225, 231, 280].

Однак постановка діагнозу із залученням високих технологій не завжди доступна в широкій практиці надання невідкладної допомоги. Тому оперативні діагностичні методи досить широко використовуються для встановлення діагнозу. На зміну традиційним діагностичним методам – пункція черевної порожнини через заднє склепіння, прийшли більш сучасні – лапароскопія, кульдоскопія, гістеросальпінгографія [60, 125, 147, 152, 287].

Подальше лікування жінок із клінікою «гострого живота» визначається характером та локалізацією патологічного процесу, вираженістю

деструктивних змін в органі, ступенем крововтрати, репродуктивним анамнезом жінки [40, 68, 76, 78, 81, 105, 110, 154, 256, 220].

Зважаючи на виразні постопераційні зміни в структурі органів генітального тракту жінок, останніми роками увага науковців прикута до вивчення можливостей не оперативного лікування деяких гострих гінекологічних захворювань: прогресуючої позаматкової вагітності, больової та змішаної форм апоплексії яєчника, перфорації матки, маткових кровотеч, запальних захворювань органів малого тазу (ЗЗОМТ) [8, 11, 16, 178, 179, 180, 185, 218]. Так роботами науковців продемонстровано можливість використання метотрексату та стероїдних препаратів антипрогестеронового спрямування для припинення інвазивного росту ектопічного плідного яйця [178, 179, 180, 185, 276]. Використання зазначеної терапії призводить до резорбції плідного яйця без його видалення та пошкодження слизової фаллопієвої труби, шийки матки та стінки матки чи яєчника (в залежності від локалізації ектопованої вагітності). Автори вказують на високий відсоток ефективності (від 50 до 100 %) зазначеної методики.

Цікавим є повідомлення [77] про використання поєднаної медикаментозної терапії метотрексатом з гістроскопією при лікуванні такого важкого та прогностично негативного по збереженню матки, як органа репродукції, шийкової вагітності. Цервікальна (або шийкова) вагітність (ЦВ) – це рідкісна форма ПВ, при якій ембріон імплантується і росте всередині ендцервікального каналу. Рання діагностика є важливою для того, щоб дозволити консервативне медикаментозне та хірургічне лікування. Хоча багато підходів лікування є доступними, найефективніший досі невідомий. G. Stabile та співавтори (2020) повідомляють про ретроспективний аналіз серії випадків лікування ЦВ у п'яти пацієнток із діагнозом ЦВ, за період з 2014 по 2019 рік, які лікувалися в Інституті охорони здоров'я дітей і матерів Бурло Гарофоло в Трієсті, Італія.

Чотири пацієнти з рівнем β -ХГЛ >5000 мІ/мл проходили гістероскопію з попереднім системним прийомом метотрексату, або без нього [276]. Один випадок із рівнем β -ХГЛ <5000 мІ/мл лікувався за допомогою метотрексату в поєднанні з міфепристоном та мізопростолом. Результатом терапії були: у однієї пацієнтки, яка проходила лікування лише за допомогою гістероскопії, виникла рясна вагінальна кровотеча з необхідністю переливання крові та контрольною гістероскопією. В інших випадках ускладнень, таких як вагінальна кровотеча, не зафіксовано. Рівень β -ХГЛ у сироватці крові не визначається через 15 – 40 днів після гістероскопічного лікування; аналогічного зниження рівень β -ХГЛ після медикаментозного набуває через 35 днів. Дослідники роблять висновок, що гістероскопія, як окремо, так і в поєднанні з метотрексатом, може забезпечити більший ефект на зниження β -ХГЛ, що призведе до скорочення терміну госпіталізації, зменшення витрат і збереже фертильність жінки. При цьому зазначаючи, що потрібні подальші дослідження на більших групах пацієнток для визначення терапевтичних протоколів лікування ЦВ.

Іншими дослідниками з проблеми консервативного лікування ПВ відзначається, що таке лікування можливе лише за умови високого ризику оперативного лікування такої патології [260, 276].

Стурбованість науковців викликають віддалені результати оперативних втручань на фаллопієвих трубах у жінок із трубною вагітністю. За даними авторів у 25-58 % випадків виникає вторинне безпліддя, у 5-30 % – повторна позаматкова вагітність, у 15,0 % випадків – порушення менструального циклу. Розбіжність показників, на думку авторів, залежить від виду і перебігу захворювання, способу, обсягу і техніки і технології оперативного лікування, а також якості реабілітаційного лікування в післяопераційному періоді [79, 80, 81, 97, 219].

Досліджуючи тактику ведення хворих з апоплексією яєчника, дослідники з проблеми відзначають її залежність від виразності больового синдрому та ступеня внутрішньочеревної кровотечі. Найчастіше оперативне лікування використовується при анеміїній формі АЯ. Основними доступами є лапароскопічний або лапаротомій. При цьому акцентуючи увагу на доцільності лапароскопії у пацієнок репродуктивного віку [105, 152, 157, 173, 195, 232, 234], та при необхідності диференційної діагностики «гострого живота» за неможливості виключення гострої хірургічної патології [33, 63, 76, 132, 174, 234, 253]. Рясна кровотеча та масивний гемоперитонеум, який зумовлює тяжкий стан пацієнтки, порушуючи її гемодинаміку, передбачають виконання лапаротомії з наступною резекцією яєчника, оваріоектомією, а в окремих випадках – адпендектомією [20, 16, 190, 220, 243].

Стосовно больової форми АЯ, без клінічних ознак внутрішньочеревної кровотечі, науковці сходяться на доцільності консервативної терапії [20, 132, 137].

При ятрогенній травмі матки за відсутності кровотечі, та за умови відсутності ознак інфікування та пошкодження внутрішніх органів при стабільно задовільному стані хворої, оперативне лікування не показано [20]. Однак, за відсутності ефекту від консервативної терапії з використанням антибактеріальних засобів, утеротоніків та ін. препаратів та при появі перитонеальних симптомів, показано оперативне лікування [67, 110, 111, 132]. Інша тактика при перфорації матки в ході ратифікаційного чи кримінального аборту з підозрою на внутрішню кровотечу чи пошкодження органів черевної порожнини. Оперативне лікування потребує лапаротомії, накладання швів на краї перфораційного отвору з контрольною ревізією органів малого газу. При невеликих дефектах стінки матки можливе виконання лапароскопії та коагуляції перфораційного отвору, ретельної аквапурації та ревізії черевної порожнини [76, 110, 132, 154, 249].

Розглядаючи ургентну ситуацію, спричиненої гострим порушенням кровопостачання пухлин матки і придатків, основним завданням лікаря є виключення злоякісності процесу що дозволяє визначити обсяг операції при лапаротомічному або лапароскопічному доступі [154, 157, 217]. У разі доброякісних пухлин оперативна тактика залежить від будови пухлини, віку хворої, репродуктивного анамнезу, стану протилежних придатків матки [76, 154].

«Гострий живіт» в невідкладній гінекології може бути спричиненим некрозом міоматозного вузла. Традиційно при цьому проводиться радикальна операція (ампутація або екстирпація матки з матковими трубами). Консервативна міомектомія можлива, як операція виключення, при необхідності збереження репродуктивної функції з обов'язковою подальшою інтенсивною інфузійно-трансфузійною та антибактеріальною терапією [20, 76, 110]. Існують поодинокі повідомлення про консервативну міомектомію у вагітних, виконану різними доступами, при збереженні матки і подальшому прогресування вагітності [24]. При цьому визначається субсерозна локалізація вузла, або порушення кровопостачання в результаті перекруту вузла «на ніжці» [90].

Аналізуючи тактику лікування маткових кровотеч можна відзначити спрямування терапії: це зупинка кровотечі і попередження її рецидиву.

Для нормалізації стану ендометрія, визначення його гістологічної будови, припинення аномальної маткової кровотечі та призначення етіопатогенетичного лікування використовуються як традиційні методи – вишкрібання матки, мануальна аспірат-біопсія ендометрія, так і сучасні ендоскопічні втручання: гістероскопія, гістерорезектоскопії, абляція ендометрія [2, 91, 281]. У подальшому в попередженні маткових кровотеч чільне місце належить відновленню нормальної структури ендометрія та рецепції ендометрія до стероїдних гормонів за умови нормалізації гормо-

нального тла жіночого організму [62, 91, 198, 272, 281]. Серед захворювань репродуктивних органів жінки, які супроводжуються больовим синдромом, традиційно залишається ендометріоз. Сучасний менеджмент лікувальних тенденцій полягає в комбінації хірургічного та консервативного підходів. Поєднання та етапність такого підходу залежить від форми захворювання: поверхнєве враження очеревини, глибокий інфільтраційний ендометріоз, ендометріоми яєчників чи вузлова форма аденоміозу [111, 167, 224, 247]. При цьому хірургічний метод залишається єдиним доведеним способом видалення або безпосереднього енергетичного впливу на осередок ендометріозу [73, 170, 237]. Труднощі оперативного лікування ендометріозу пов'язують із залученням сусідніх щодо репродуктивних органів (матка, яєчники, фаллопієві труби), органів черевної порожнини до злукового процесу. А поєднання цього захворювання з жіночим непліддям спонукає дослідників застосовувати більш щадні хірургічні втручання з неповною редукцією ендометріюїдного осередку та пост операційним гормональним лікуванням [13, 73, 196, 223]. Вивчаючи результативність етіопатогенетичного лікування ендометріозу автори вказують на значення коморбідної складової захворювання, онкологічних ризиків порушення апоптотичних процесів та патологічній проліферації ектопованого ендометрія, необхідності мультидисциплінарного підходу в подоланні проблеми [28, 69, 126, 151, 250].

Лейоміома матки та аномальні маткові кровотечі також потребують надання невідкладної медичної допомоги. Лікування в гострій фазі спрямоване на гемодинамічну стабілізацію пацієнта та зупинку надмірної кровотечі, а лікування в хронічній фазі засноване на корекції менструальної дисфункції відповідно до її етіології та клінічних проявів. Лікування може бути хірургічним або медикаментозним, причому останнє базується переважно на гормональній терапії, протизапальних та анти фібринолітичних препаратах [23, 60, 111, 115, 170].

Маткові кровотечі, больовий синдром – головні клінічні синдроми, які призводять до госпіталізації жінок із ЛМ в ургентному порядку. Тому хірургічний метод лікування ЛМ, не дивлячись на певні успіхи, досягнуті з області консервативної терапії міоми матки, залишається актуальним [17, 111, 151]. При цьому радикальна хірургічна тактика, що супроводжується значною травмою, крововтратою та втратою репродуктивної функції, за даними авторів, сягає 50-70 % випадків [19, 252]. У сучасній хірургії невідкладних оперативних втручань на матці, все більшої актуальності набуває лапароскопія. Впровадження лапароскопії в практику оперативної гінекології дозволило знизити частоту лапаротомій при оперативних втручаннях з приводу ЛМ до 9-12 % [3, 132, 284]. Запровадження ендоскопічних втручань у порожнині матки – гістероскопія, використання при цьому різних видів енергії при лікуванні внутрішньоматкової патології, дозволило покращити результативність лікування на 90 % [275]. Та дослідження з пошуку нових засобів щодо збереження матки, як репродуктивного органа, тривають. Наразі є повідомлення про використання лапароскопічного міолізу, емболізації маткових артерій, МРТ ФУЗ-абляції, лапароскопічної оклюзії маткових артерій, як альтернативи гістеректомії та міомектомії [41, 241, 282, 283].

Лікувальна тактика ургентних станів у жінок із гнійно-запальними процесами жіночих статевих органів також зазнала впливу інноваційних методик [5, 22, 56, 67, 71, 74, 76, 94, 110, 111, 117, 132, 134, 154, 157, 169, 170, 193, 209, 220, 245, 248]. Поруч із застосуванням традиційних методів (санація гнійних порожнин, антибактеріальна терапія), є повідомлення про використання озонованих розчинів із різними шляхами введення – від внутрішньо маткового до внутрішньоочеревинного [41, 58, 123, 152]. Дослідники з проблеми відводять велику локалізації запального процесу, його стадії, та виразності патологічних змін в

організмі жінки: інтоксикації, порушенню імунологічного статусу, стану органів детоксикації (нирки, легені, печінка, кишечник) [58, 123, 158, 269]. Запальний процес на тлі зниження опорних властивостей організму перебігає в умовах порушення показників центральної гемодинаміки з переважанням гіперкінетичного типу кровообігу, який виявляється у збільшенні хвилинного об'єму крові на 38,0 %, збільшення роботи лівого шлуночка на 39,0 % по відношенню до норми, порушення мозкового кровотоку, що потребує належної корекції в передопераційному періоді [108]. Аналізуючи обсяги оперативного лікування при гнійно-запальних процесах органів малого тазу у жінок репродуктивного віку, звертає на себе увагу їх різноманіття: від малоінвазивної хірургії та дренажної лапароскопії до екстирпації матки з придатками та дрениванням черевної порожнини [15, 31, 45, 57, 58, 66, 84, 120, 143]. В ранній постопераційній реабілітаційній терапії у жінок для прискорення репаративних процесів, авторами рекомендується застосування гіпербаричної оксигенації, яка знайшла своє патогенетичне призначення при анаеробній етіології пельвіоперитонітів та метроендометритів [15, 45, 152]. Не втратили актуальності заходи, спрямовані на попередження септичних ускладнень, регуляцію діяльності серцево-судинної системи, детоксикацію та десенсибілізацію організму, усунення порушень кислотно-основного стану та електролітного балансу організму, підвищення імунологічної реактивності, стимуляцію еритропоезу [82, 113, 131].

Активно обговорюється науковцями застосування новітніх засобів боротьби із ендотоксикозом при гнійно-запальних процесах матки і придатків – екстракорпоральних та квантових методів терапії, так званих еферентних методів терапії [84, 101, 143, 152].

Екстракорпоральна корекція структури та функції периферичної крові має на меті ліквідацію неспроможності мікросомальної, монооксидазної, імунної та екскреторної захисних систем організму [88, 121,

122, 142]. Найбільш вивченим представником еферентних методик терапії є плазмаферез (ПФ). Автори відзначають його як специфічні властивості: детоксикація, ре- й імунокорекція, підвищення чутливості до медикаментозних впливів, так і неспецифічні: гемодинамічні, перерозподіл клітин крові, зміна активності нейроендокринної системи тощо [140]. Детоксикаційні властивості ПФ зумовлюються екстракорпоральною елімінацією та біотрансформацією екзо- та ендотоксинів. Одночасне видалення значної кількості біорегуляторних компонентів відновлює чутливість системи детоксикації та покращує відповідь на медикаментозну терапію [140, 166]. Дифузійний механізм дії ПФ забезпечується через зниження рівня метаболітів у сироватці крові, за рахунок видаленої плазми з кровоносного русла, сприяє дифузії цих же метаболітів з тканин [166]. Крім того, елімінація з організму продуктів перекисного окиснення ліпідів супроводжується підвищенням активності факторів антиоксидантного захисту [108, 142, 166].

Ексфузія плазми разом з форменими елементами крові та вазоактивними речовинами, супроводжується зміною тону судин мікроциркуляторного русла, активацією транскапілярного обміну, нормалізацією тканинного метаболізму та кисневого забезпечення [166, 266, 278]. Агрегантний стан крові змінюється за рахунок ексфузії тромбоцитів з низькою активністю та зміни функціонального стану їх мембран, а також клітин, які фіксують на своїй поверхні енто- та екзотоксин [166, 266].

Вивчаючи імуномодулюючі ефекти ПФ, науковці відзначають механічне видалення антигенів, антитіл, включаючи аутоантитіла і продукти їх взаємодії з антигенами – циркулюючих імунних комплексів (ЦІК), медіаторів запалення тощо, що зумовлює зміну функціонального стану моноцитарно-макрофагальної систем [166, 266]. Рекомендується видалення за один сеанс ПФ 30-60 % ОЦП. Цей показник є найбільш

оптимальним, оскільки залежність залишкової концентрації компонентів у плазмі від кількості плазми, що видаляється, що робить ПФ керованою та безпечною операцією [122, 166, 266].

Існують різні варіанти використання ПФ у гнійній гінекології. За наявності вогнища інфекції дискретний плазмаферез можна використувати як підготовку до радикальної операції з ексфузією не менше 50 % ОЦП з одночасним плазмозаміщенням у співвідношенні 1:1.5, що дозволяє усунути ДВЗ синдром і стабілізувати гемодинаміку. Надалі в ранньому післяопераційному періоді ПФ рекомендується виробляти із ексфузією плазми не менше 70 % ОЦП з метою видалення з організму токсичних субстанцій, концентрація яких в кровоносному руслі зростає внаслідок хірургічного втручання [156]. Науковці вказують на значення рівня білка та електролітних порушень у пацієнта перед проведенням ПФ [156, 266]. При цьому зазначаючи хорошу переносимість ПФ, та відносно низький відсоток ускладнень – 2.1 %, які пов'язані з алергійними реакціями на плазмозамінні розчини. Летальні випадки пов'язують із висхідним тяжким станом хворих та поліорганною недостатністю [156, 266, 278]. Тому для більш широкого та безпечного впровадження еферентних методів лікування ургентних станів потрібні чіткі критерії відбору хворих для проведення терапії у невідкладній гінекології.

Терапевтичні впливи на активність окисно-відновних процесів при ендогенній інтоксикації, в умовах сьогодення, характеризуються спробами використання ендovasкулярного опромінення крові. Суть методу полягає у впливі на структуру мембран клітин, їх стерео-хімічну будову, та функціональну спроможність внутрішньоклітинних органел [88]. Ендovasкулярне лазерне опромінення крові (ЕВОК) відноситься до низькоінтенсивних лазерів і має фотодінічні та теплові ефекти впливу на організм [88]. Наслідком мікронагрівання тканин при використанні ЕВОК є підвищення швидкості біохімічних реакцій (синтезу білка, РНК,

ДНК, колагену та ін.), зміна проникності клітинних мембран з вивільненням із клітини біологічно активних речовин, які прямо та опосередковано впливають на мікроциркуляторні процеси гуморальної регуляції [88]. Вказані процеси призводять до протизапального, анальгезуючого, десенсибілізуючого та імуномодельючого ефектів ЕВОК [88]. Авторами встановлено, що лазерне опромінення крові має бактерицидну дію щодо деяких видів патогенної мікрофлори і підвищує їх чутливість до антибіотиків і антисептиків [95, 156, 166]. Поліпшення реологічних властивостей крові при використанні ЕВОК реалізується за рахунок нормалізації тону судин, складу клітинних мембран і метаболізму ліпопротеїдів [102, 103]. Посилення кровоплину, у свою чергу, сприяє стимуляції репаративних процесів. Широкий спектр терапевтичної дії дозволяє застосовувати ЕВОК при різних невідкладних гінекологічних захворюваннях [102, 103].

Однак, вплив ЕВОК та інших еферентних та квантових методів є у ряді випадків недостатнім для ефективного лікування хворих з гнійно-запальними захворюваннями репродуктивних органів жінки. Виражений запальний процес, часто супроводжується розвитком імунодефіцитного стану [103], та зростання прозапальної спрямованості імунітету (протеолітичних ферментів, активних метаболітів кисню, кінінів, цитокінів, гострофазових білків, імунних комплексів, продуктів розпаду тканин, тощо) [103]. Сприятливі умови для формування імунодефіциту можуть також медикаментозні засоби: антибіотики, анестетики тощо, які зумовлюють попадання ендотоксинів та екзотоксинів у кров'яне русло. Порушення в системі імунітету створюють сприятливі умови для активації умовно-патогенної флори, знижують ефективність терапії, та створюють тло для затяжного перебігу хвороби і розвитку ускладнень [122, 131]. Саме тому дослідники з проблеми лікування гнійно-запальних процесів репродуктивних органів жінки вказують на важливість відновлення функціональної

повноцінності імунної системи як частини комплексної терапії невідкладних станів у гінекології [82, 122, 131]. У цьому сенсі цікавими є повідомлення про використання локальної імунокорекції комплексними препаратами цитокінів (ЦК) [52]. Передумовою їх використання в лікувальній практиці послужили результати експериментальних досліджень, які показали, що природний комплекс аутологічних ЦК прискорює процес загоєння інфікованих ран. Композитний препарат із гетерологічних цитокінів (ІЛ-1, ІЛ-6, ІЛ-12, ЧНП- α , та макрофаг-інгібуючого фактора) застосований при лікуванні ранових процесів різної етіології, при гінекологічній патології, запаленні ЛОР-органів та легень у післяопераційному періоді продемонстрував швидкий протизапальний та знеболюючий ефекти та регенераторні можливості [4, 107, 139, 177].

Таким чином, поєднання хірургічного лікування із використанням препаратів локальної імунокорекції є перспективним у лікуванні гнійно-запальних захворювань жіночих геніталій.

Ендотоксикоз, зростання кількості недоокислених продуктів в крові хворих із гнійно-запальними процесами на тлі постопераційної крововтрати, вважаються причинами пригнічення імунної системи [268]. Традиційним методом лікування анемії при невідкладних станах є гемотрансфузія. За умов запального процесу цей метод може мати серйозні ускладнення, пов'язані з інфікуванням реципієнта [4, 10] та (або) імуносупресивними ефектами перелитої еритроцетарної маси [4]. Зважаючи на підвищену потребу організму жінки в ефективному кровотворенні та імунокорекції, на сучасному етапі є повідомлення про використання із замісною та імунокоригуючою метою системної цитокінотерапії препаратом рекомбінантного еритропоєтину [10, 70]. Це стало можливим завдяки повідомленням про вплив еритропоєтину не тільки на клітини еритроїдного ряду, але і на клітини інших органів і тканин [235].

Авторами відзначається відзначалося збільшення числа лімфоцитів і рівня ЧНП- α на тлі незмінного змісту ІЛ-2 та ІЛ-3, та співвідношення CD4⁺/CD8⁺. Під впливом еритропоєтину стимулюється продукція імуноглобулінів, що пов'язано з індукуючою дією гормону на продукцію ІЛ-10 [288].

Таким чином, враховуючи численні дослідження щодо тісної взаємодії імунної системи з іншими системами гомеостазу організму жінки, як в ході формування імунної відповіді, так і в процесі зміни функціональної активності останніх, слід вважати, що всі описані нееритроїдні функції еритропоєтину матимуть вплив на її гормональне тло [274, 223]. А отже існує необхідність удосконалення тактики ведення хворих з невідкладною гінекологічною патологією, що доводить актуальність розробки нових патогенетичнозначущих підходів до їх комплексного лікування та подальшої терапії і реабілітації.

РОЗДІЛ 2

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1 Групи пацієнок та їх клінічна характеристика

Згідно меті і поставленим завданням нами був проведений ретроспективний аналіз 630 історій хвороби жінок з ургентними гінекологічними захворюваннями, що знаходилися на лікуванні в гінекологічному відділенні Київської міської клінічної лікарні в 2016-2019 роках. Аналіз проводився з метою вивчення структури захворюваності, тактики ведення хворих, видів і об'ємів оперативних втручань, перебігу післяопераційного періоду і виникаючих ускладнень, схем консервативної терапії, результатів

Проспективне спостереження з оцінкою ефективності лікування проведено у 350 жінок, яких було розподілено на чотири групи. Групу 1 складала 100 пацієнок з гострими запальними захворюваннями органів малого тазу (ЗЗОМТ); 2 – 100 жінок з матковими кровотечами (МК); 3 – 100 пацієнок із внутрішньочеревною кровотечею (ВК) і 4 – 50 жінок з порушенням кровопостачання пухлин внутрішніх геніталій (матки і яєчників) (ПКПВГ), відповідно.

Жінки усіх чотирьох груп були розподілені на дві рівноцінні підгрупи: 1.1; 2.1; 3.1 та 4.1 проведені за удосконаленим нами алгоритмом. Пацієнтки підгруп 1.2; 2.2; 3.2 та 4.2 були проліковані за загальноприйнятими діагностичним та лікувально-профілактичними заходами [9, 120].

При оцінці ефективності удосконаленого нами алгоритму враховували дані анамнезу, об'єктивного обстеження, клініко-лабораторних і функціональних досліджень під час вступу, в динаміці і після лікування.

Серед пацієнок із ЗЗОМТ і ВК переважали жінки репродуктивного віку. У хворих з МК найбільша захворюваність доводилася

на пізній репродуктивний і перименопаузальний періоди життя жінки, в групі пацієнок з ПКПВГ чіткої вікової залежності встановлено не було.

В анамнестичних показниках репродуктивного здоров'я обстежених хворих з гострими гінекологічними захворюваннями переважали фактори обтяженого акушерсько-гінекологічного анамнезу і порушеної репродуктивної функції. Так, аборт в анамнезі був відмічений у 58 % жінок, порожнинні операції на матці і її придатках – в 26 % пацієнок, лікувальне і діагностичне вискоблювання стінок матки виявлені в 28 %, а запальні захворювання геніталій відмічені у 54 % пацієнок. Порушення репродуктивної функції (первинне і вторинне безпліддя, невиношування вагітності тощо) реєструвалося, в середньому, в 22 % пацієнок.

У соматичному анамнезі у жінок з невідкладними захворюваннями домінував інфекційний синдром, представлений дитячими, простудними інфекціями, запальною ЛОР-патологією та інфекцією дихальних шляхів, що склала 90 %; шлунково-кишкового тракту – 24 % жінок, сечовидільної системи – 16 %. Із всього різноманіття перенесених операцій переважала апендектомія, відмічена у 10 % пацієнок.

Аналіз результатів клінічного обстеження пацієнок показав, що в 36 % хворих спостерігалися чіткі клінічні прояви захворювання, які характеризувалися картиною «гострого живота» та супроводжувалися гострими болями або кровотечею. Не дивлячись на це, задовільний стан був відмічений у 68 % жінок, стан середньої тяжкості в 28 %, а важкий – в 6 % випадків.

При вагінальному дослідженні виявлялися рясні слизові білі в 26 % хворих, гнійні – в 16 %, а кров'яні виділення різного ступеня вираженості були у 52 % пацієнок. Найчастіше діагностували збільшену (50 %) і хворобливу (28 %) матка. Збільшення і хворобливість лівих придатків матки виявлені в 36 %, правих – у 42 % обстежених

пацієнок. Зміни у склепіннях, що характеризуються як ущільнення, хворобливість або «нависання» були відмічені в 36 % хворих. Необхідність в пункції заднього склепіння виникла у 80 % пацієнок.

Під час вступу обстежені нами жінки пред'являли скарги на болі внизу живота різного ступеня вираженості, що іррадіюють в пряму кишку, поперекову область – 82 % хворих, слабкість і нездужання – 56 % жінок, порушення менструального циклу виявлені у 50 % пацієнок. Підвищення температури відзначили 38 % хворих; диспептичні явища – 40 %, а дизуричні – 10 % обстежених жінок. Слід підкреслити, що для 90 % обстежених нами пацієнок було характерне поєднання різних скарг, симптомів і синдромів, що дозволяло використовувати отримані дані в діагностиці захворювання і з максимальною точністю верифікувати діагноз, виробляючи правильну тактику ведення пацієнок.

Таким чином, аналіз результатів клінічного обстеження пацієнок з невідкладними станами показав, що основну масу хворих склали пацієнтки репродуктивного віку, в яких мали місце обтяжений акушерсько-гінекологічний і соматичний анамнез, де переважав високий відсоток інфекційних і запальних захворювань як генітального тракту, так і екстрагенітальної локалізації, а також оперативних втручань на органах малого тазу. Разом із зазначеним, в діагностиці даного захворювання у 94 % пацієнок під час вступу відмічений стабільний стан, що характеризувався задовільним (68 %) і середньостабільним (26 %) станом вітальних функцій, у зв'язку з чим представлялося можливим використання у них додаткових методів лікування як в до- так і в ранньому післяопераційному періоді.

Провідними відмінностями удосконаленого нами алгоритму були:

- використання ендоскопічних методів дослідження та лікування (гістеро- та лапароскопія);
- післяопераційна реабілітація із використанням направленої імунологічної та метаболічної корекції.

2.2 Методи дослідження

Методи дослідження включали: вивчення анамнезу, загальні методики, що характеризують якість життя пацієнок, результати загального і гінекологічного дослідження, загальноприйняті лабораторні і спеціальні методи дослідження.

Обстеження хворих починали з опитування, потім переходили до їх огляду. Надавали важливе значення встановленню правильного клінічного діагнозу, вибору оптимальної лікувальної тактики з моменту вступу пацієнок до стаціонару, аналізували особливості початку і перебігу захворювання, преморбідний фон і можливі провокуючі чинники у виникненні даної патології, перенесені і супутні захворювання (гінекологічні і екстрагенітальні), а також оперативні втручання на органах малого таза (так само генітальні та екстрагенітальні).

Аналіз складу периферичної крові проводили за загальноприйнятою методикою [104].

Біохімічні методи дослідження включали визначення в сироватці крові глюкози, сечовини, прямого і непрямого білірубіну, загального білка, ферментів (аспартатамінотрансферази – АСТ; аланінамінотрансферази – АЛТ); електролітів (Do, Na, Ca, Si, Fe) проводилися за стандартними методиками [104].

При вивченні системи гемостазу досліджували судинно-тромбоцитарну, коагуляційну ланку гемостазу і загальну коагуляційну активність крові, що включають: протромбіновий індекс (ПІ), фібриноген (ФБ); час рекальцифікації крові, її фібринолітичну активність і активований частковий тромбіновий час (АЧТЧ) [104].

Мікробіологічні та бактеріологічні дослідження проводили за загальноприйнятими методиками [104] із визначенням широкого спектру мікроорганізмів.

Лапароскопічне і гістероскопічне дослідження з діагностичною і (або) лікувальною метою виконували за загальноприйнятою методикою

з використанням оптичних систем та інструментів фірми «Karl Storz» (Німеччина) [35]. Екстрену лапароскопію виконували в наступних випадках: підозріння на ектопічну вагітність, апоплексію і перекрут кісти яєчника, перфорацію матки, ускладнені форми гострих запальних процесів органів малого таза (ЗПОМТ) і в разі диференціальної діагностики гінекологічної і хірургічної патології. Абсолютними проти-показаннями для проведення екстреної лапароскопії був геморагічний і септичний шок [35].

Гістероскопію застосовували як діагностичну маніпуляцію у хворих з МК неясного генезу, а також з лікувальною метою для зупинки кровотечі і уточнення необхідності проведення радикальної хірургічної операції. Діагностична гістероскопія у всіх пацієнток поєднувалася з вишкрібанням (біопсією) ендометрія або роздільним вишкрібанням ендоцервіксу і ендометрія [111].

Ехографічні дослідження проводили на апараті «General Electric Versana Essential» (США) за загальноприйнятими методиками [6].

Гістологічне дослідження біоптатів проводили за стандартними методиками [104].

Статистичну обробку результатів дослідження проводили з урахуванням форми розподілу показника, що вивчався, використовуючи параметричні критерії Стьюдента і Фішера. У роботі використані методи багатовимірної статистики з обчисленням коефіцієнтів кореляцій, проведенням, кластерного, регресійного аналізу дискримінанта, використанням методу головних компонент [99-100]. Дослідження проводили на кафедрі медичної інформатики НУОЗ Україні імені П.Л. Шупика.

РОЗДІЛ 3

РЕТРОСПЕКТИВНИЙ АНАЛІЗ УРГЕНТНОЇ ГЕНІТАЛЬНОЇ ПАТОЛОГІЇ

Нами був проведений ретроспективний аналіз історій хвороби пацієнток, що знаходилися на лікуванні в гінекологічному відділенні Київської міської клінічної лікарні № 6.

За вказаний період часу з невідкладними гінекологічними захворюваннями було проліковане 630 хворих, що поступила в стаціонар в екстреному або плановому порядку. Аналіз структури гінекологічної захворюваності представлений в таблиці 3.1.

Найбільше число хворих з невідкладними станами склали хворі із ЗЗОМТ – 41,4 %, далі слідують хворі з МК – 31,6 %; з ВК – 20,8 % і ПКПВГ (матки і яєчників) – 6,2 % (рис. 3.1).

Різноманіття підгруп хворих ознак захворювання, що враховуються, в клініці невідкладних станів послужили приводом для детальнішого розгляду кожній підгрупі пацієнток.

Аналіз даної підгрупи хворих із ЗЗОМТ (загальне число пацієнток – 258 людини) показав, що середній вік жінок склав $29,6 \pm 0,5$ року, причому в динаміці спостереження він знизився з $30,7 \pm 0,5$ років в 2015 році до $28,9 \pm 0,5$ року в 2019 році ($p < 0,05$), що узгоджується з результатами досліджень останніх років і може розглядатися як омолодження даної патології [9, 178].

Аналізуючи особливості початку захворювання в даній підгрупі хворих удалося встановити, що у більшості пацієнток (59,2 %) реєструвався гострий початок захворювання. Причому по роках воно збільшувалося з 49,6 % в 2015 році до 76,9 % випадків в 2019 році. Відповідно число пацієнток з поступовим розвитком захворювання зменшилося з 50,4 % до 23,1 % відповідно.

Таблиця 3.1

Структура ургентної захворюваності в 2015-2019 роках

Нозології	2015		2016		2017		2018		2019		2015-2019	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
ЗЗОМТ	60	45,1	55	47,8	48	34,0	45	39,5	54	42,7	258	41,4
МК	41	30,8	34	29,6	53	37,6	35	30,7	36	28,5	199	31,6
ВК	26	19,5	21	18,2	29	20,6	27	23,7	28	22,0	131	20,8
ПКПВГ	6	4,5	5	4,3	11	7,8	7	6,1	9	7,1	39	6,2
Всього	133	100	115	100	141	100	114	100	127	100	630	100

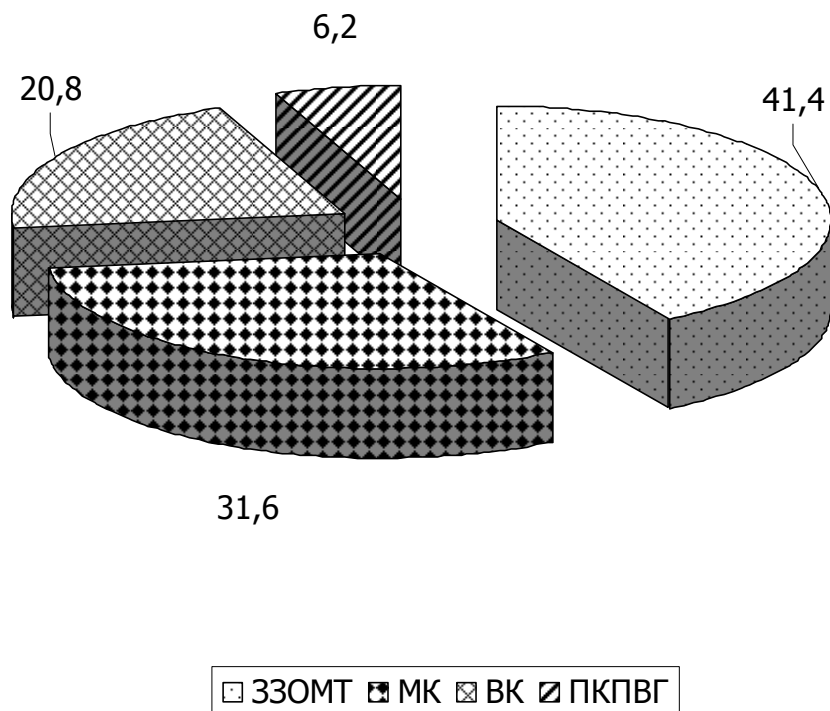


Рис. 3.1. Структура ургентної генітальної патології (%).

З жінок, що поступили в стаціонар із ЗЗОМТ, задовільний стан був відмічений в 62,1 % хворих, стан середньої тяжкості – в 30,6 % і важкий – в 7,3 %. Зростання захворюваності ЗЗОМТ по даному признаку сталося за рахунок хворих, що поступили у відділення в стані середньої тяжкості (з 23,6 % в 2015 році до 26,9 % жінок в 2019 році) і важких хворих (зростання з 6,7 до 10,2 % відповідно).

Розглядаючи принципи госпіталізації жінок із ЗЗОМТ, нами встановлено, що більшість пацієток (75,1 %) поступали в стаціонар в екстреному порядку, а 24,9 % жінок було госпіталізовано в плановому порядку. При цьому, найбільше число пацієток (45,0 %) поступали на 2-7-у добу з моменту початку захворювання; 21,4 % – протягом 8-30 діб, в перших 7-24 години лише 18,8 % хворих, в перших 6 годин з моменту початку захворювання лише 10,0 % жінок. Нарешті, в період більш за один місяць з моменту захворювання було госпіталізовано 4,8 %

пацієнок. Примітно, що зростання захворюваності за даною ознакою було обумовлене в першу чергу жінками, що захворіли гостро і що поступили в стаціонар в перших 6 годин і через 7-24 години з моменту захворювання, а також за рахунок пацієнок, що мали поступовий початок захворювання, оскільки вони поступали в стаціонар в період більше 30 діб з моменту захворювання.

Серед нозологічних форм ЗЗОМТ найбільша питома вага приходилася на первинний гострий сальпінгоофорит (37,9 %), а також на деструктивний сальпінгоофорит-піовар і піосальпінкс, що склали 26,2 % випадків. Загострення хронічного сальпінгоофориту спостерігалось у 11,9 % жінок, гострий ендометрит був виявлений в 7,0 % спостережень. Септичний аборт зустрічався в 3,4 % хворих, параметрит – в 3,1 % спостережень, нагноєння кісти яєчника – в 0,8 %, а піометра – в 0,4 % випадків. Серед післяпологових захворювань домінував ендометрит (5,4 %) і перитоніт (1,5 %).

Аналіз п'ятирічної динаміки захворюваності в даній підгрупі хворих показав, що зростання ЗЗОМТ сталося, в основному, за рахунок загострення хронічних форм сальпінгоофориту, ендометриту, випадків нагноєння кіст яєчника, а також септичних абортів, акушерського перитоніту і післяпологового ендометриту.

Розглянуті нами нозологічні форми ЗЗОМТ, в більшості випадків мали ускладнений перебіг. Найчастішим ускладненням, що зустрічається, з'явилася анемія, що склала 32,2 % випадків, пельвіоперитоніт – 24,3 %; параметрит – 18,2 %; порушення менструальної функції – 11,1 %; перитоніт – 3,8 % і ендометрит – 1,1 % спостережень. Панметри, перфорація пухлини, периметрит і сальпінгоофорит, як ускладнення перебігу основного захворювання були відмічені менш ніж в одному відсотку випадків. У динаміці структури ускладнень основного захворювання відмічено зростання 1,4 разу випадків параметриту і в 1,8 разу – перитонітів.

Структура ЗЗОМТ і характер виявлених ускладнень визначали подальшу тактику ведення хворих. Так, в 58,0 % хворих проводилася консервативна терапія, а в 42,0 % – оперативне лікування. У динаміці спостереження з 2015 року по 2019 рік число хворих, яким проведено оперативне лікування, зросло з 34,5 до 44,4 %, а можливість консервативного лікування – відповідно зменшилася з 65,5 до 55,6 %.

Аналіз видів і типів операцій в даній підгрупі хворих показав, що 108 пацієнток з ВЗОМТ перенесли 220 операцій, тобто, в середньому, одна жінка оперована зо приводу ЗЗОМТ перенесла 2 операції. Звертає на себе увагу і те, що число порожнинних і вагінальних операцій більш ніж в 7 разів перевершувало число ендоскопічних операцій.

З операцій, що найбільш зустрічаються, слід зазначити аднексектомію, виконану у 30,1 % жінок і сальпінгектомію – в 29,7 %. Далі слідує надпівхова ампутація – 8,7 % і екстирпація матки – 7,7 % випадків. Кольпотомія, як паліативна і дренажна операція, виконана в 6,8 % хворих, резекція яєчника – у 3,6 % пацієнток, ревізія післяопераційної рани – в 2,3 % хворих, санація органів малого тазу виконана в 1,8 % і оваріоектомія – в 1,3 % випадків. Необхідність в релапаритомії виникла в 2,7 % хворих. Вишкрібання стінок матки, як основна операція у випадках септичного аборту, і як допоміжна при видаленні внутрішньоматкових контрацептивів (ВМК) у пацієнток з тазовими абсцесами, була виконана у 13,7 % жінок.

Із супутніх операцій найчастіше виконано дренажування черевної порожнини (43 %) і апендектомія (11,9 % випадків). Операції на тонкому кишечнику виконувалися в 6,4 %, а на товстому – в 4,6 % хворих. Слід відзначити, що зросла частота виконання екстирпації матки – з 0,9 % в 2015 році до 1,8 % в 2019 році; вишкрібання стінок матки – з 3,2 до 3,6 %; дренажування черевної порожнини – з 6,4 до 9,1 %; операцій на тонкому кишечнику – з 0,9 до 1,4 % випадків, відповідно.

Крім того, в даній підгрупі мала місце тенденція до зростання релапаротомій.

З ендоскопічних операцій найчастіше виконувалися санаційна (14,6 %) лапароскопія. Далі, по частоті виконання слідує сальпінго-ектомія (2,3 %), оваріотомія (1,4 %), енуклеація кіст яєчника (0,9 %). Сальпінгооваріолізис вироблений в 2,7 % випадків, сальпінгостомію і пластику маткових труб – в 1,4 % випадків. Ці операції швидше розглядалися як допоміжні, хоча і вказували не стільки на наявність спайкового процесу в органах малого тазу, скільки на міру перифокального запалення в геніталіях.

Аналіз перебігу післяопераційного періоду показав, що для пацієнок, що перенесли операції з приводу ЗЗОМТ характерний високий відсоток післяопераційних ускладнень (26,5 %), серед яких домінували параметрит, ендометрит, а так само нагноєння і інфільтрація післяопераційної рани і шва. Слід зазначити, що просліджувалася тенденція до зниження частоти описаних ускладнень в 1,8 разу: з 34,1 % випадків в 2015 до 18,8 % – в 2019 році.

Аналіз схем фармакологічної корекції клінічних проявів перебігу ЗЗОМТ показав високий відсоток використання антибактеріальних і антигістамінних препаратів, що склали, відповідно 95,8 і 75,8 %. Крім того, в лікуванні застосовувалися нітрофуранові, протигрибкові і протипротозойні засоби, препарати кальцію і сульфаніламідні засоби. У 58,9 % жінок використовувалася інфузійно-трансфузійна терапія. При цьому, плазмозаміщення застосовувалося в 18,9 % випадків, а гемо-трансфузія – в 17,9 %. Слід зазначити, що, не дивлячись на передопераційну корекцію анемії, після операції вона реєструвалася з частотою до 15,0 %, а частота ускладнень, що викликаються анемією, для всіх підгруп хворих склала 17,1 %.

Як при консервативному веденні хворих, так і в післяопераційному періоді у спостережуваних нами пацієнок, застосовувалося фізіо-

терапевтичне (51,6 %) і місцеве лікування (41,1 %), з тією різницею, що при консервативному лікуванні хворих даний метод призначався більшою мірою, як реабілітаційна терапія, а в післяопераційному періоді – для профілактики і лікування післяопераційних ускладнень.

Таким чином, в терапії пацієток з гострими ЗЗОМТ представлений широкий спектр фармакологічних груп препаратів і методів лікування.

При аналізі результатів лікування і результатів захворювання пацієток підгрупи, що розглядається, встановлено, що середні терміни перебування хворих в стаціонарі стабільні і склали $14,6 \pm 0,7$ дня. Найбільше число жінок (66,8 %) виписувалися із стаціонару з одужанням, хоча в динаміці число таких пацієток зменшилося з 64,0 % в 2015 році до 57,8 % в 2019 році. З поліпшенням було виписано 32,1 % хворих і число таких жінок за п'ятирічний період збільшилося трохи, з 36,0 до 38,0 % відповідно. Летальних випадків ми не спостерігали.

Отже, в результатах лікування пацієток із ЗЗОМТ переважали випадки одужання і поліпшення протягом справжнього захворювання. Процент смертельних результатів в даній підгрупі пацієток відносно не високий, але смертність від гострих ЗЗОМТ, за звітний період часу, виросла більш ніж в 4 рази. Даний факт примушує розглядати підгрупу пацієток із ЗЗОМТ як групу жінок високого ступеня ризику і вести пошук нових засобів і способів лікування невідкладних станів в клініці ургентної гінекології.

Аналіз наступної підгрупи пацієток з МК (загальне число хворих склало 199 чоловік) показав, що середній вік хворих з МК склав $40,4 \pm 1,2$ року, причому за п'ятирічний період спостереження відмічено збільшення віку пацієток з $39,2 \pm 1,1$ року в 2015 році до $42,6 \pm 1,1$ – в 2019 році ($p < 0,05$). При аналізі особливостей характеру захворювання в підгрупі жінок з МК встановлено переважання хворих (65,8 %) з

поступовим розвитком хвороби. При цьому, зареєстровано зниження їх численності з 67,5 % в 2015 до 65,3 % в 2019 році.

В результаті дослідження встановлено, що більшість жінок з МК (76,9 %) поступали в стаціонар в задовільному стані; 19,3 % – в стані середньої тяжкості і лише 3,8 % пацієнок – в тяжкому стані. За п'ятирічний період часу збільшилося число пацієнок, що поступали в стаціонар в стані середнього ступеня тяжкості з 13,3 % в 2015 до 30,6 % в 2019 році і у важкому стані з 2,4 до 2,8 %.

Аналізуючи принципи госпіталізації даної підгрупи хворих, ми установили, що 55,3 % жінок з МК поступали в стаціонар в екстреному порядку, а в плановому – 44,7 %. При цьому просліджувалася тенденція зростання екстрених хворих і зниження відсотка планової госпіталізації.

Поступовий розвиток захворювання підгрупі жінок, що розглядається наводив до подовження термінів догоспітального етапу. Так, найбільше число пацієнок (31,9 %) поступали в стаціонар від моменту захворювання в період від 8 до 30 діб; 31,0 % – від 2 до 7 доби, в період більше 30 діб від моменту захворювання – 19,3 % хворих; у період від 7 до 24 годин – 11,3 % пацієнок, а в перших 6 годин – тільки 6,5 % жінок. спостерігалася деяка тенденція в зростанні числа жінок з МК, що поступають в стаціонар в перших 6 годин від початку захворювання (з 4,8 % в 2015 до 8,3 % в 2019 році). Зростання захворюваності за п'ятирічний період часу відбувалося за рахунок названої підгрупи пацієнок: у всіх інших підгрупах відмічено зниження ознаки, що враховується.

З 199 хворих з МК в 45,7 % були діагностовано дисфункціональні маткові кровотечі, а так само кровотечі, обумовлені гіперпластичними процесами ендометрія, в 43,7 % – міома матки, в 10,6 % випадків –

аденоміоз. Примітно, що зростання хворих з МК за п'ятирічний період моніторингу спостерігалось за рахунок аденоміозу.

Результатами досліджень встановлено, що при даній патології порушений менструальний цикл був відмічений в 64,5 % (мено- і метроррагія), а в 58,3 % випадків мала місце анемія. Такі ускладнення, як геморагічний шок, пельвіоперитоніт і гематометра склали менш одного відсотка випадків. При цьому, за останні роки, відмічено зростання анемії з 49,4 % випадків в 2015 до 59,7 % – в 2019 рр.

Аналізуючи випадки захворювань, ми встановили, що підхід до лікування у пацієток був індивідуальним з врахуванням причини і характеру МК, віку хворої, стану під час вступу, наявності супутньої патології і ускладнень протягом справжнього захворювання.

При аналізі методів лікування МК встановлено, що основній масі пацієток з матковими кровотечами (91,5 %) проводилося оперативне лікування. Лише у 8,5 % жінок були використані консервативні методи терапії. При цьому, просліджувалося зростання частоти оперативного посібника в лікуванні хворих з МК.

При аналізі видів і типів операцій встановлено, що частота порожнинних і вагінальних операцій перевершувала ендоскопічний доступ в оперативному лікуванні в 4 рази. Хірургічна агресія, що є при цьому, доповнювалася тим, що на одну пацієтку в оперативному лікуванні маткової кровотечі доводилося, в середньому, 1,2 операцій. При цьому, вишкрібання стінок матки виконано в 66,3 % випадків, надпихова ампутація і екстирпація матки, відповідно, в 13,7 і 9,6 %. Міомектомія вагінальним доступом, в разі міоматозного вузла, що народжується, виконувалася в 5,5 % спостережень, а «порожнинна» міомектомія – в 0,5 %. Із супутніх операцій, найчастіше виконані резекція яєчника й адгезіолізіс. Інші операції (резекція сальника, стерилізація і апендектомія) склали 2,5 % випадків.

З операцій, виконаних ендоскопічним способом, найчастіше зустрічалися гістероскопія з подальшим вишкрібанням стінок матки (15,0 %) і міомектомія (2,0 %), яким передувала діагностична гістероскопія (4,5 %), а у ряді випадків і лапароскопія (3,0 %). Проте у пацієток з МК відмічено зростання лише вишкрібання стінок матки при гістероскопії, що збільшилося за п'ятирічний період часу більш ніж на 2 %.

У 18,5 % пацієток, що оперувалися з приводу МК, були відмічені ті або інші ускладнення, серед яких переважали гнійно-запальні (параметрит, ендометрит, нагноєння і інфільтрація рани, оофорит і тромбофлебіт) в різних відсоткових співвідношеннях – від 0,5 до 14,5 %. У динаміці захворюваності за п'ятирічний період часу відмічено в 1,6 разу зростання випадків таких ускладнень як параметрит і нагноєння післяопераційної рани, хоча в загальній популяції хворих спостерігалось зниження частоти ускладнень в пацієток з МК в 1,4 разу.

Аналізуючи медикаментозні аспекти терапії в даній підгрупі жінок ми встановили, що більш ніж в половині хворих (у 53,5 % випадків) назначались утеротонічні засоби, направлені на зниження інтенсивності маточного кровотечі. Виявлена висока частота вживання у жінок з МК антибактеріальних і нітрофуранових препаратів, що призначаються в післяопераційному періоді з метою профілактики септичних ускладнень. У 42,5 % випадків при проведенні консервативної терапії, для зниження проникності судинної стінки використовувалися вітаміни; 32,5 % хворих для купірування анемії отримували препарати заліза. Крім того, в комплексній терапії МК використовували препарати кальцію, антигістамінні, нестероїдні протизапальні засоби, а в післяопераційному періоді – анальгетичні препарати. Гематрансфузія, як метод лікування анемії при МК, застосовувалася з однаковою частотою в проведенні інфузійно-

трансфузійної терапії і склала в кожному випадку 25,0 %. Не дивлячись на передопераційну корекцію анемії після операції вона реєструвалася з частотою до 40,0 %.

Фізіотерапевтичне лікування застосовувалося, в основному, для профілактики і лікувань ускладнень в післяопераційному періоді і при консервативному лікуванні ускладнених форм внутрішнього ендометріозу. Призначення пацієнткам ангіопротекторів (у 13,5 % випадків), препаратів, що впливають на зсідання крові (у 6,0 %) було обумовлено індивідуальною ситуацією і доповнювало гемостатичний ефект консервативної терапії, що проводилася, при МК, а використання в 9,5 % спостереженні протипротозойних і в 3,5 % – протигрибкових препаратів підсилювало протизапальний ефект базової терапії в післяопераційному періоді.

При аналізі величини крововтрати у хворих з МК встановлено, що для пацієнток були характерні відносно низькі об'єми крововтрати, на що вказували дані значення індексу Альговера. Проте, в динаміці відмічена тенденція до зростання величини та інтенсивності маткової кровотечі.

Аналіз показників одужання і результатів лікування пацієнток з МК показав, що середній койко-день в підгрупі хворих, що розглядається, склав $9,7 \pm 0,8$ днів, а в динаміці п'ятирічного спостереження середнє перебування пацієнток з МК а стаціонарі знизилося з $11,0 \pm 0,9$ днів у 2015 році до $7,7 \pm 0,8$ днів у 2019 році ($p < 0,05$), при цьому з одужанням виписані 67,5 % хворих, причому число таких пацієнток зросло з 58,5 до 64,5 %. З поліпшенням виписані 32,5 % хворих, але в динаміці п'ятирічного спостереження число даних пацієнток зменшилося з 41,5 % в 2015 до 35,5 % в 2019 році.

Отже, для підгрупи хворих з МК був характерний високий відсоток хворих, що виписуються зі стаціонару з одужанням і з поліп-

шенням, причому співвідношення даних критеріїв змінювалося на користь хворих, що виписуються з одужанням.

Аналіз підгрупи хворих з ВК (загальне число жінок склало 131) показав, що середній вік пацієнок з патологією, що призводить до ВК, склав $28,9 \pm 1,0$ року, причому за 5-річний період часу вік недостовірно збільшився з $29,7 \pm 0,9$ до $30,2 \pm 1,1$ року.

При аналізі особливостей початку захворювання в підгрупі пацієнок з ВК відмічено переважання жінок (56,3 %) з гострим початком захворювання. Загальний стан пацієнок з ВК під час госпіталізації був задовільним у 59,0 % жінок, стан середньої тяжкості спостерігався в 34,2 % і важкий – в 6,8 % хворих. Число останніх пацієнок в динаміці п'ятирічного спостереження різко знизилося з 13,5 % в 2015 році до 0 % в 2019 році, при стабільно високому показнику жінок, що поступали в стаціонар у задовільному стані (63,5-60,0 %) в динаміці п'ятирічного моніторингу, зростання захворюваності в підгрупі хворих з ВК було обумовлене зростанням числа жінок, що поступають в стаціонар в стані середньої тяжкості – з 23,1 % в 2015 році до 40,0 % в 2019 році.

При аналізі особливостей госпіталізації хворих з ВК встановлено переважання пацієнок, що поступили в стаціонар в екстреному порядку (77,9 %) в порівнянні з хворими, госпіталізованими в плановому порядку (22,1 %), причому в динаміці спостереження відмічено зростання випадків екстреної госпіталізації (з 69,2 % в 2015 році до 87,3 % в 2019 році) При з'ясуванні обставин тривалості захворювання було встановлено, що зростання захворюваності відбувалося за рахунок пацієнок із гострим перебігом, які поступили в стаціонар в перші 6 годин з моменту захворювання (кількість таких хворих збільшилась з 21,2 % в 2015 році до 30,9 % в 2019 році). У хворих інших підгруп за даною ознакою зростання даного показника захворюваності ми не відзначили.

В екстреному порядку поступили в стаціонар 77,9 % хворих з ВК. Проте, стерта клінічних проявів захворювання подовжувала терміни догоспітального етапу, хоча кожна четверта хвора (25,1 %) поступала в стаціонар в перші 6 годин з моменту захворювання.

Зі всього різноманіття нозологічних форм захворювань у хворих з ВК домінуюча роль відводилася позаматковій вагітності (68,1 %), апоплексії (22,2 %) і розриву кіст яєчника (9,1 %).

Зростання захворюваності серед пацієнток з ВК зумовлене зростанням випадків позаматкової вагітності (з 13,0 % в 2015 році до 13,7 % випадків в 2019 році) та апоплексії яєчника (з 6,0 до 7,2 % відповідно).

У результаті досліджень встановлено, що більшість випадків перебігу основного захворювання ускладнювалися рядом обтяжуючих чинників. Анемія реєструвалася у 43,0 % жінок, геморагічний шок – в 13,7 %, перитубарна гематома спостерігалася в 4,2 % спостереженнях.

Усі 131 (100 %) хворі з ВК були прооперовані в екстреному і (або) плановому порядку.

При аналізі видів і типів операцій у пацієнток з ВК відмічене переважання більш ніж в 3 рази кількості порожнинних і вагінальних операцій над ендоскопічними, а також високий рівень хірургічної агресії, яка полягає в тому, що на одну пацієнтку, яка оперується з приводу конкретної патології, доводилася 1,9 операцій.

Аналіз структури порожнинних і вагінальних операцій показав, що в 62,0 % випадків виконувалася сальпінгектомія; у 21,7 % – резекція яєчника; аднексектомія і ушивання яєчника склали по 3,0 % в кожному випадку. Сальпінготомія і сальпінгооваріолізіс були виконані у 2,2 % пацієнток, ушивання матки з приводу її перфорації, видалення рудиментарного рогу з плодовим яйцем і енуклеація кісти яєчника при її

розриві, відмічені менш ніж в одному відсотку випадків в кожній нозології, відповідно.

З допоміжних операцій високу питому вагу склали дронування черевної порожнини (13,0 %) і стерилізація (15,6 % випадків). Вишкрібання стінок матки, як діагностична операція, виконана у 4,9 % жінок і апендектомія – в 2,2 %.

При ендоскопічному способі оперативного лікування операцією, що найчастіше виконується, була сальпінгектомія (9,9 %); сальпінготомія (8,0 %) і коагуляція яєчника (6,0 %) Енуклеація кісти яєчника і оваріотомія склали відповідно 2,2 і 1,5 % випадків. З допоміжних операцій була виконана діагностична і оперативна гістероскопія менш ніж в одному відсотку спостережень (0,8 %).

У динаміці п'ятирічного моніторингу, відмічено зростання порожнинних операцій за рахунок сальпінгектомії – з 11,8 до 12,2 %; ушивання яєчника при його апоплексії – з 0,8 до 2,2 % і дронування черевної порожнини – з 1,5 до 4,5 %. Серед ендоскопічних операцій збільшилося число таких оперативних втручань як енуклеація кісти яєчника, сальпінготомія і сальпінгектомія.

У прооперованих 131 хворої з ВК в 23,9 % випадків діагностувалися післяопераційні ускладнення, серед яких найчастіше зустрічались інфільтрат а області оперованих придатків матки (9,9 %) та оофорит – в 8,7 % випадків. Інфільтрація шва і нагноєння післяопераційної рани склали, відповідно, 2,2 і 2,9 %.

Аналізуючи особливості медикаментозної терапії жінок з ВК, була виявлена висока частота використання аналітичних, антибактеріальних і антисептичних препаратів. Так, в 88,1 % випадків у пацієнок застосовувалися аналгетичні засоби, антигістамінні і антибактеріальні препарати. Препарати кальцію використовувалися у 26,2 % жінок. Крім того, в 28,6 % пацієнок виникла необхідність в проведенні інфузійно-транс-

фузійної терапії із включенням в неї в 14,3 % випадків гемотрансфузій і в 4,8 % – плазмозамінної терапії. Слід зазначити високу частоту використання місцевого лікування (у 19,0 % жінок) і фізіотерапевтичних процедур (в 30,9 % хворих), які застосовувалися, в основному, при виникненні ускладнень в післяопераційному періоді Медикаментозна терапія в корекції ускладнень доповнювалася включенням в схеми лікування нестероїдних протизапальних препаратів, гормонів кори надниркових залоз, метаболічних засобів і вітамінотерапії. Як засоби симптоматичного лікування використовувалися препарати заліза, бронхолітики, імуномодулятори, засоби, що впливають на здатність згущувати кров, на мускулатуру матки тощо.

Як відомо, величина крововтрати багато в чому визначає тактику лікування і результат захворювання. З урахуванням цього нами був проведений аналіз об'єму крововтрати у жінок, що оперуються з приводу ВК. Так, середній об'єм гемоперитонеума склав $450,9 \pm 41,7$ мл. Проте, в динаміці спостереження просліджувалася тенденція до його зменшення – з $547,8 \pm 57,9$ до $414,2 \pm 40,0$ мл ($p > 0,05$).

Отже, для пацієнток, оперованих з приводу ВК, не були характерні масивні крововтрати, пов'язані з серйозними дефіцитами об'єму циркулюючої крові. Заслуговує на увагу і той факт, що, згідно приведеним показникам одужання і результатів лікування у хворих з ВК, одужання пацієнток було відмічене в 100 % випадках. При цьому середній койко-день за 5-річний період часу склав $9,7 \pm 0,6$ дня, було відмічено деяке зниження середньої тривалості перебування хворих в стаціонарі – з $9,5 \pm 0,4$ в 2015 до $8,5 \pm 0,5$ в 2019 році ($p < 0,05$).

Таким чином, в підгрупі пацієнток з ВК випадків смертності від даної патології не відмічено, всі пацієнтки виписувалися зі стаціонару з одужанням, при цьому спостерігалася тенденція до зниження середніх термінів перебування хворих в стаціонарі.

За період з 2015 по 2019 рр. нами було зареєстровано і проаналізовано 39 випадків ПКПВГ (матки і яєчників). При цьому, середній вік пацієнок з ПКПВГ склав $41,4 \pm 0,5$ року, а в динаміці п'ятирічного спостереження відмічено збільшення віку хворих жінок – з $43,3 \pm 0,4$ до $45,3 \pm 0,3$ року ($p > 0,05$).

При аналізі характеру і початку захворювання в даній підгрупі пацієнок встановлено переважаюче число хворих з поступовим початком захворювання (53,8 % випадків), причому в динаміці спостережень число таких хворих збільшилось з 41,7 в 2015 до 66,7 % в 2019 році. Водночас, кількість пацієнок з гострим початком захворювання склала 46,2 %, а в динаміці – знизилася з 58,3 % в 2015 до 33,3 % в 2019 році.

Більшість жінок (71,8 %) поступили в стаціонар у задовільному стані; в стані середньої тяжкості було госпіталізовано 24,4 % хворих і у важкому – 3,8 % пацієнок. Зростання захворюваності за даною ознакою обумовлене хворими жінками і тими, що поступили в стаціонар в тяжкому стані.

При аналізі принципів госпіталізації хворих з ПКПВГ встановлено, що 59,0 % пацієнок поступали в стаціонар в екстреному порядку, а 41,0 % – в плановому. Слід зазначити, що велика частина хворих (32,1 %) поступала в стаціонар, маючи тривалість догоспітального етапу в 2-7 діб, а так само з тривалістю захворювання більше 30-ти діб (28,2 %) і від 8 до 30 діб – 20,5 % жінок. Число пацієнок, що поступили в стаціонар в перших 7-24 години і в перших 6 годин від моменту захворювання склали, відповідно, в кожному випадку – 6,6 і 2,6 %. Разом з цим, в динаміці п'ятирічного періоду часу відмічено збільшення в 2-2,3 разу числа жінок, що мають тривалість догоспітального етапу захворювання 8-30 діб, а так само більше 30 діб. Водночас з цим, збільшилася кількість пацієнок, що мали догоспітальний етап захворювання від 7 до 24 годин.

Аналіз нозологічних форм в даній підгрупі хворих показав, що основну масу пацієнок склали жінки з порушенням кровопостачання міоматозних вузлів, а з них, найбільший відсоток відмічений серед хворих з дегенеративними змінами міоматозних вузлів (43,6 % випадків); некрозом міоматозного вузла (19,2 %) і його ішемією – 2,6 %. На другому місці по частоті зустрічання (20,5 %) виявився перекрут ніжки кісти яєчника і крововилив в кісту яєчника, що склали 5,1 % спостережень. У динаміці п'ятирічного моніторингу констатовано збільшення зустрічання хворих з некрозом міоматозних вузлів з 16,7 % в 2015 році до 22,8 % випадків в 2019 році, а також випадків перекрута ніжки кісти яєчника, збільшених більш ніж в 4 рази.

В більшості випадків дана патологія мала ускладнений перебіг захворювання, що виявлялося токсичною анемією в 34,6 % випадків, порушенням менструального циклу – в 32,0 %; пельвіоперитонітом – в 15,4 %; перфорацією пухлини – в 3,8 %; перитонітом і параметритом – в 2,6 % спостережень, а також ендометритом і поліорганною недостатністю (по 2,6 % випадку, відповідно). Характерно, що зростання випадків ускладненого перебігу захворювання було відмічене практично по всіх названих видах ускладнень.

Розглядаючи тактику ведення пацієнок з ПКПВГ, нами встановлено, що 97,4 % хворих були оперовані. Одній пацієнтці (2,6 %) у зв'язку з явищами поліорганної недостатності проводилася інтенсивна реанімаційна терапія і вона була прооперована пізніше.

Слід зазначити, що за даними ретроспективного аналізу, у всіх підгрупах хворих у ряді випадків (22,1 %) вичікувальна тактика призводила до прогресу і обважнювала захворювання і розвиток ускладнень, а частота діагностичних помилок на догоспітальному етапі у пацієнок обстежених підгруп варіювала від 14,5 до 34,6 %, склавши, в середньому, 24,6 %.

При аналізі результатів хірургічного лікування пацієток з ПКПВГ встановлено переважання порожнинних і вагінальних операцій над ендоскопічними в 11,5 разу. При цьому, зі всіх видів виконаних операцій в даній групі хворих на одну пацієтку доводилося 1,4 операцій, що говорить про високий ступінь хірургічної агресії в даній підгрупі оперованих хворих.

З операцій, виконаних абдомінальним і вагінальним доступами, найчастіше виконуваною операцією з'явилася над піхвова ампутація і екстирпація матки, що склали, відповідно, 37,7 і 23,3 %; а також вишкрібання стінок матки (16,4 %) Аднексектомія виконувалася в 11,7 % спостережень; сальпінгектомія – в 7,8 % і міомектомія, виконана вагінальним доступом – в 6,5 % випадків. Резекція яєчника була виконана в 3,8 % хворих.

З допоміжних операцій виконувалися: дренажування – в 5,2 % випадків; апендектомія – в 3,8 %; операції на товстому і тонкому кишечнику – в 2,6 і 2,6 % хворих, відповідно. Інші операції, що склали 13 %, являлись, як правило, супутніми. З операцій, виконаних ендоскопічним способом, виконувалися енуклеація кіст яєчників (у 5,2 % випадків), а так само оваріотомія і сальпінгектомія (по 2,6 % випадку в кожному виді оперативного посібника). З допоміжних видів операцій, виконаних ендоскопічним способом, відмічені сальпінгооваріолізіс, сальпінгостомія і діагностична гістероскопія в 2,6 % випадках в кожному виді оперативного посібника. Примітно, що в динаміці 5-річного моніторингу в оперативному лікуванні, в підгрупі пацієток з ПКПВГ з 2015 по 2019 роки відмічено зростання на 2,6 % чисел аднексектомій, енуклеації кіст яєчника і міомектомії, виконаної вагінальним доступом і зростання на 3,9 % сальпінгектомій.

Виконання надпіхвової ампутації матки збільшилось на 2,6 % випадків. З допоміжних операцій відмічено зростання апендектомії на

2,6 % випадків, а також операцій на товстому кишечнику і дренуючих операцій (на 2,6 % в кожному типі операцій).

Ендоскопічні операції у пацієнок з даною патологією виконувалися украй рідко і будь-якої динаміки в зміні числа і структури даних операцій ми не встановили.

У 23,4 % оперованих пацієнок з даною патологією в післяопераційному періоді відмічені різні ускладнення. Так, параметрит реєструвався в 14,3 %; нагноєння і інфільтрація післяопераційної рани – в 5,2 і в 2,6 %, відповідно, тромбофлебіт в 2,6 % хворих. У динаміці п'ятирічного періоду часу відмічено зростання випадків параметриту в 3,3 разу, а в загальній популяції жінок цієї підгрупи зростання ускладнень в 2,3 разу.

Аналіз історій хвороби пацієнок показав, що в 97,4 % випадків хворим призначалися антибактеріальні, аналгетичні і антигістамінні препарати. Більше того, тяжкість стану хворих в 42,5 % випадків передбачало проведення інфузійно-трансфузійної інтенсивної терапії, що включає в 20,5 % гемотрансфузій і в 6,9 % плазмозаміщення. Профілактика септичних ускладнень досягалася використанням в комплексі протизапальної терапії призначенням протипротозойних препаратів (5,6 %); нестероїдних протизапальних засобів (13,7 %); нітрофуранових (28,8 %); протигрибкових (8,2 %) і, нарешті, сульфаніламідних препаратів в 3,9 % випадків. Широке вживання в післяопераційному періоді місцевого лікування і фізіотерапії в 50,7 % і 46,6 % хворих, відповідно, було пов'язано з лікуванням виниклих ускладнень. З цим ми зв'язуємо і широке використання різних груп фармакологічних препаратів, таких як препарати кальцію, утеротонічні і спазмолітичні засоби; препаратів, що впливають на зсідання крові, психотропних засобів і ангіопротекторів, а також препаратів заліза і засобів, що впливають на серцево-судинну систему тощо.

Аналізуючи показники результатів в лікуванні пацієнок з ПКПВГ ми встановили високий середній койко-день в перебуванні хворих в стаціонарі, проте в період з 2015 до 2019 року все ж відмічена деяка тенденція зменшення тривалості середніх термінів перебування пацієнок в стаціонарі з $15,1 \pm 0,3$ до $14,7 \pm 0,2$ днів.

Отже, висока частота захворюваності, ускладнена перебігом розглянутих нозологій і післяопераційних ускладнень, тривалість перебування хворих в стаціонарі і масивні об'єми медикаментозної терапії послужили передумовою для апробації і вживання нових методів лікування у пацієнок з гострими гінекологічними захворюваннями, направлених на підвищення якості надання медичної допомоги.

Отримані результати були викладені у наступних публікаціях.

1. Пікуль ЮЛ. Роль ендоскопічних операцій в ургентній гінекології. Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П. Л. Шупика. 2017;28(3):108-13.

2. Пікуль ЮЛ. Сучасні можливості ендоскопічних операцій при ургентних станах в гінекології. В: Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П. Л. Шупика: тези матеріалів науково-практичного семінару із міжнародною участю «Міжнародні та вітчизняні стандарти надання гінекологічної допомоги», 2017 лист 21; Київ. 2017;28(3):196.

РОЗДІЛ 4

РЕЗУЛЬТАТИ ПРОСПЕКТИВНОГО АНАЛІЗУ УРГЕНТНОЇ ГЕНІТАЛЬНОЇ ПАТОЛОГІЇ

На етапі проспективного дослідження нами було обстежено 350 жінок із ургентною генітальною патологією, яких було розподілено на відповідні групи та підгрупи.

4.1 Результати лікування хворих із запальними процесами органів малого тазу

Під нашим спостереженням знаходилися 100 пацієнток із ЗЗОМТ (група 1), яких було розподілено на дві підгрупи – 1.1 і 1.2. Підгрупу 1.1 складала 50 хворих, які отримували удосконалений нами алгоритм, а підгрупу 1.2 – також 50 жінок, яким проводилася загальноприйнята терапія. Хірургічне лікування проведене у 28 (56 %) хворих 1.1 і 35 (70 %) підгрупи 1.2, консервативне, – в 22 (44 %) і 15 (30 %) жінок, відповідно.

Хворі обох груп були порівняні за віком і характером патологічного процесу в геніталіях, розподіл в них був методом випадкового відбору [99, 100].

Аналіз анамнестичних даних показав високу частоту перенесених інфекційних (50 і 56 %) і дитячих захворювань (20 і 28 %) в обох підгрупах хворих, відповідно. Так само звертає на себе увагу висока частота захворювань сечовидільної системи – 18 і 12 %; шлунково-кишкового тракту – 16 і 22 %.

Певний інтерес представляє аналіз перенесених екстрагенітальних операцій, найбільше число яких було виконане на черевній порожнині (22 і 18 % відповідно), а з них, найчастіше виконували апендектомію – 16 і 12 % в порівнюваних підгрупах пацієнток, відповідно.

Отже, у пацієнок із ЗЗОМТ спостерігався обтяжений соматичний анамнез, а екстрагенітальними захворюваннями, що найчастіше зустрічаються в анамнезі, були дитячі і інфекційні захворювання, гострі респіраторні інфекції, хвороби сечовидільного і шлунково-кишкового тракту. Остання обставина може бути пов'язана з високою частотою перенесених апендектомій.

При аналізі перенесених раніше гінекологічних захворювань в порівнюваних підгрупах пацієнок із ЗЗОМТ виявлена висока частота запальних захворювань геніталій (матки, навколоматкової клітковини, придатків матки і піхви) в підгрупі 1.1 78 % і 56 % і в підгрупі 1.2.

Патологія шийки матки (ектопія і лейкоплакія, поліп цервікального каналу) була так само досить високою, складаючи по 12 % у кожній підгрупі. Доброякісні пухлини матки (по 8 %), а також придатків матки (по 6 %), відповідно в порівнюваних підгрупах достовірних відмінностей не мали ($p > 0,05$). Патологія ендометрія (гіперпластичні процеси) і порушення менструального циклу, складала в порівнюваних підгрупах по 2 %.

При оцінці перенесених акушерських і гінекологічних операцій звертає на себе увагу високий відсоток кесаревих розтинів (8 і 12 %), тубектомій з приводу ектопічної вагітності і сальпінгофориту (по 6 %); діагностичних вишкрібань стінок матки – 6 і 4 % в досліджуваних підгрупах, відповідно.

Таким чином, для пацієнок із ЗЗОМТ характерний обтяжений гінекологічний анамнез, з переважанням запальних захворювань, фонової патології шийки матки, а також високий відсоток перенесених раніше оперативних втручань на органах малого тазу.

Регулярний менструальний цикл був відмічений в підгрупі 1.1 в 82 % випадків, нерегулярний – в 18 %; у підгрупі 1.2 ці показники складала 88 і 12 % відповідно.

Певний інтерес представило вивчення стану репродуктивної функції у пацієнок із ЗЗОМТ. Так, статеве життя пацієнтки обох підгруп починали в $17,9 \pm 0,3$ і в $17,5 \pm 0,5$ року по підгрупах, відповідно. Аналіз генеративної функції показав, що середнє число вагітностей склало $1,8 \pm 0,2$ і $2,1 \pm 0,2$ на одну пацієнтку, відповідно в кожній підгрупі ($p > 0,05$). При порівнянні спостережуваних підгруп було відмічене, що у 26 % жінок підгрупи 1.1 і в 30 % – підгрупи 1.2 реєструвалися одні пологи; двоє – в 28 і 26 % випадків, а троє і більше пологів – в 6 і 12 % спостережень відповідно.

Однократне переривання небажаної вагітності виявлене в 22 і 14 % жінок підгруп 1.1 і 1.2, відповідно. Вагітність уривалася двічі – в 18 і 14 % випадків, а 3 рази і більше – в 18 і 28 % спостережень, відповідно.

Вивчення характеру контрацепції в порівнюваних підгрупах показало, що контрацепцію не використали 70 % пацієнок підгрупи 1.1 і 64 % – підгрупи 1.2. Проте, 4 % жінок обох підгруп застосовували бар'єрну і гормональну контрацепцію. При цьому, контрацепція за допомогою ВМК мала місце в 26 % випадків в підгрупі 1.1 і в 32 % – в підгрупі 1.2.

Таким чином, найбільша частота ЗЗОМТ мала місце у пацієнок з наявністю пологів і абортів в анамнезі, а також при використанні з метою контрацепції ВМК.

Серед пацієнок, що поступали в стаціонар, на догоспітальному етапі лікування не отримували 58 % жінок підгрупи 1.1 і 46 % підгрупи 1.2; самостійно лікувалися 8 і 14 % хворих, відповідно, а в 32 і 40 % випадків пацієнтки було переведено з інших стаціонарів в зв'язку з неефективністю лікування, що проводилося. Тобто, в більшості випадків, лікування на догоспітальному етапі не проводилось, але кожна третя хвора переводилася до стаціонару з інших лікувальних установ у зв'язку з неефективністю терапії, що проводилася.

Аналіз скарг, що пред'являються хворими під час вступу до стаціонару показав, що в 98 % випадків пацієнтки обох підгруп пред'являли скарги на болі внизу живота, в 60 % – мали місце слабкість і озноб, що супроводжувався нездужанням, в 54 % – відмічено підвищення температури тіла, в 44 % – диспепсичні явища, в 22 % – порушення менструального циклу, в 12 % – гнійні виділення зі статевих шляхів, в 6 % – дизуричні явища. Слід зазначити, що в більшості спостережень (88 %) ЗЗОМТ клінічно проявлялись поєднанням декількох симптомів і синдромів захворювання, в яких переважали больовий і інтоксикаційний синдроми.

Домінуючим діагнозом у обстежених пацієнток був гострий і деструктивний сальпінгоофорит (34 і 44 %). Аналіз післяпологових захворювань, представлених перитонітом, відмічений у 2 % пацієнток підгрупи 1.1 і в 4 %, – підгрупи 1.2; сепсисом – по 2 %; ендо- і міометритом (8 і 6 % відповідно).

Ускладнений перебіг основного захворювання реєструвався в пацієнток обох підгруп. При цьому, пельвіоперитоніт зустрічався з частотою 54 % в підгрупі 1.1 і 34 % – в підгрупі 1.2, анемія – в 28 і 36 %; параметрит – в 22 і 26 %; перитоніт – в 8 і 16 % випадків, відповідно.

Отже, зі всіх розглянутих нозологічних форм у пацієнток із ЗЗОМТ найчастіше зустрічалися гострий і деструктивний сальпінгоофорит, а серед ускладнень домінували пельвіоперитоніт, анемія і параметрит.

З 50 прооперованих пацієнток підгрупи 1.1, в перші три години з моменту госпіталізації до стаціонару прооперовано 26 % пацієнток; у перші 6 годин – 14 %, а в подальші 3-4 доби і пізніше – 60,0 % хворих.

У підгрупі 1.2 прооперовано в перші 3 години з моменту госпіталізації до стаціонару 18 % жінок; у перші 6 годин – 18 % і прооперовано в подальші 3-4 доби і більше – 64 %.

Таким чином, у 37 (74 %) пацієток в підгрупі 1.1 і в 41 (82 %) в підгрупі 1.2 оперативне лікування було виконане відстрочено, в інтервалі 6 годин і більше.

З'ясувавши причини відстроченого оперативного лікування вдалося установити, що в підгрупі 1.1 в 4 % і в підгрупі 1.2 у 12 % жінок спочатку встановлений діагноз передбачав консервативну тактику ведення хворої, у зв'язку з чим і проводилася консервативна терапія, але вона не призвела до очікуваного клінічного ефекту. Так, в 6 % випадків не був отриманий ефект від лікування, що проводилося, з приводу пельвіоперитоніту; у 6 % – не діагностовано кіста яєчника з нагноєнням і піосальпікс; у 4 % спостереженнях необхідним був диференціальний діагноз з ектопічною вагітністю, у зв'язку з чим виникли необхідність в проведенні у відстрочені терміни діагностичної і санаційної лапароскопії або лапаротомії. Всі указані 16 % хворих в подальшому були прооперовані і в задовільному стані виписані додому.

Відстроченість оперативного лікування так само була викликана в 64 % спостережень в підгрупі 1.1 і в 64 % в підгрупі 1.2 необхідністю проведення дезінтоксикаційної і симптоматичної терапії. Крім того, в 6 % хворих обох підгруп, у зв'язку із задовільним станом вітальних функцій і відсутністю перитонеальних явищ, необхідності в екстреному оперативному лікуванні не виникло.

У підгрупі 1.1 без передопераційної підготовки прооперовано 26 % пацієток, в підгрупі 1.2 – 18 % жінок.

Тривалість передопераційної підготовки склала, в середньому, $0,9 \pm 0,1$ діб в підгрупі 1.1 і $0,5 \pm 0,1$ діб в підгрупі 1.2 ($p < 0.05$) та визначалась індивідуально залежно від стадії гострого запального процесу, вираженості інтоксикації і наявності супутніх ускладнень.

У підгрупі 1.2 у передопераційній підготовці всім хворим призначалася інтенсивна інфузійна терапія (ІТ), що включала проведення

антибактеріальної терапії, дезінтоксикаційних засобів, із застосуванням коректорів електролітного обміну і відновленням порушених метаболічних і гемостазіологічних функцій організму, а також антигістамінні, седативні препарати і анальгетики. При виборі об'єму ІТ ми керувалися ступенем інтоксикації, при середньому ступені тяжкості у хворих із ЗЗОМТ добові об'єми ІТ склали 500,0-1000,0 мл, а при важкому – 1500,0-2000,0 мл.

Крім того, в підгрупі 1.1 об'єм плазмотрансфузії склав $950,8 \pm 40,8$ мл, а в підгрупі 1.2 – $1194,7 \pm 113,7$ мл ($p > 0,05$).

Таким чином, від 56 % (підгрупа 1.1) до 70 % хворих (підгрупа 1.2) із ЗЗОМТ оперувалися, причому кожна четверта жінка в екстреному порядку, в перших 6 годин з моменту вступу до стаціонару.

Близько 80 % хворих оперовані відстрочено, що було зв'язане, більш ніж в половині випадків, з необхідністю проведення дезінтоксикаційної терапії і підготовкою хворої до майбутнього оперативного лікування.

Дані хірургічного лікування хворих різних підгруп свідчать, що кількість ендоскопічних операцій було вище в підгрупі 1.1 (68 %) порівняно з підгрупою 1.2 (40 %); лапаротомних – відповідно 32 та 60 %.

При аналізі обсягу виконаних оперативних втручань слід відзначити, що в обох підгрупах переважали аднексектомія – 42 і 38 %, сальпінгектомія – 26 і 28 %.. Поряд з цим, надпихвова ампутація і екстирпація матки виконувалися рідше – 12 і 14 %; 10 та 12 % відповідно. Частота консервативної міомектомії складала 10 % в підгрупі 1.1 та 8 % в підгрупі 1.2 відповідно (рис. 4.1).

Отже, серед оперованих пацієток із ЗЗОМТ найбільш часто виконуваними операціями були аднексектомія, сальпінгектомія, надпихвова ампутація та екстирпація матки, виконані частіше лапароскопічним методом в підгрупі 1.1.

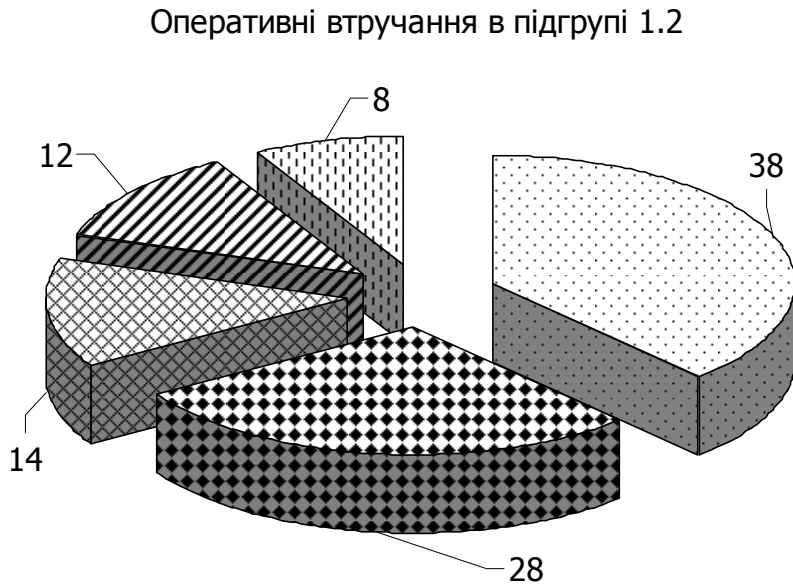
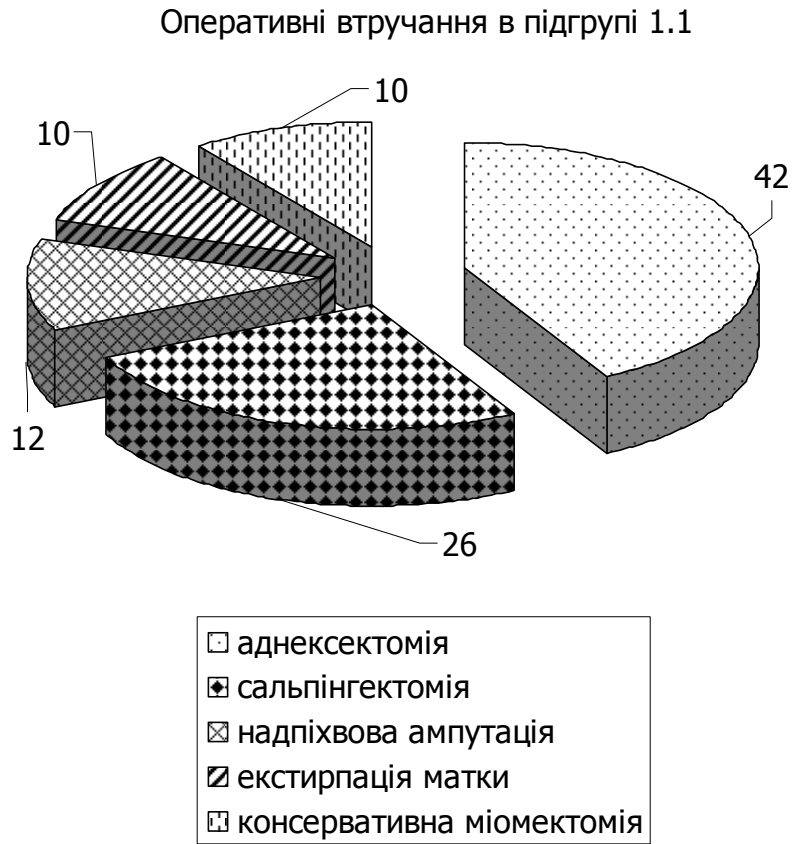


Рис. 4.1. Структура обсягу оперативних втручань (%).

Нами проведено аналіз супутньої патології в рані у оперованих

нами пацієнок із ЗЗОМТ. Так, спайковий процес, що локалізується в геніталіях, спостерігався в 62 %; що зачіпає екстрагенітальні відділи черевної порожнини – в 16 % спостережень. Хронічне запалення в придатках матки протилежної сторони виявлене в 32,0 % випадків, кісти яєчників – в 10,2 %; міома матки – в 10 % і ендометріоз – в 8 % випадках.

Аналіз параметрів оперативного лікування в групах хворих показав, що не дивлячись на деяку відмінність кількості операцій, у хворих підгруп 1.1 та 1.2 середня кількість операцій на одну пацієнтку була однаковою в обох підгрупах жінок і складала в підгрупі 1.1 $2,1 \pm 0,1$, а в 1.2 підгрупі – $2,2 \pm 0,1$ ($p > 0,05$). При цьому одну операцію перенесли 52 % пацієнок підгрупи 1.1 і 54 % підгрупи 1.2; дві операції – 24 і 28 %; три операції виконано в 24 % в підгрупі 1.1 і 18 % в підгрупі 1.2.

Сумарна тривалість операцій склала в даних підгрупах відповідно $72,4 \pm 6,2$ і $106,3 \pm 10,1$ хвилин і виявилася більш тривалою в підгрупі 1.2 ($p < 0,05$). Тяжкість стану хворої, об'єм операції та її тривалість в 28 % випадках в підгрупі 1.1 і в 48 % в підгрупі 1.2 визначили необхідність реанімаційного моніторингу. Інтраопераційна крововтрата склала в середньому, в порівнюваних підгрупах $310,7 \pm 31,4$ і $692,9 \pm 31,6$ мл відповідно ($p < 0,05$).

Отже, для пацієнок із ЗЗОМТ характерно високий ступінь хірургічної агресії, що виявляється в поєднанні декількох оперативних посібників у однієї хворої по частоті зустрічання, наближаючись до 50 % випадків. Використання удосконаленого нами алгоритму дозволяє покращити результати оперативного лікування ургентної генітальної патології.

4.2 Тактика лікування жінок із матковими кровотечами

100 пацієнок з МК було розподілено на дві підгрупи. Підгрупу 2.1 склали 50 хворих, проведених за удосконаленим нами алгоритмом. Підгрупу 2.2 склали 50 жінок з МК, які отримували традиційну терапію.

Хірургічне лікування проведене в 47 (94 %) хворих підгрупи 2.1 і в 43 (86 %) підгрупи 2.2; консервативна терапія – в 3 (6 %) і 7 (14 %) відповідно (рис. 4.2).

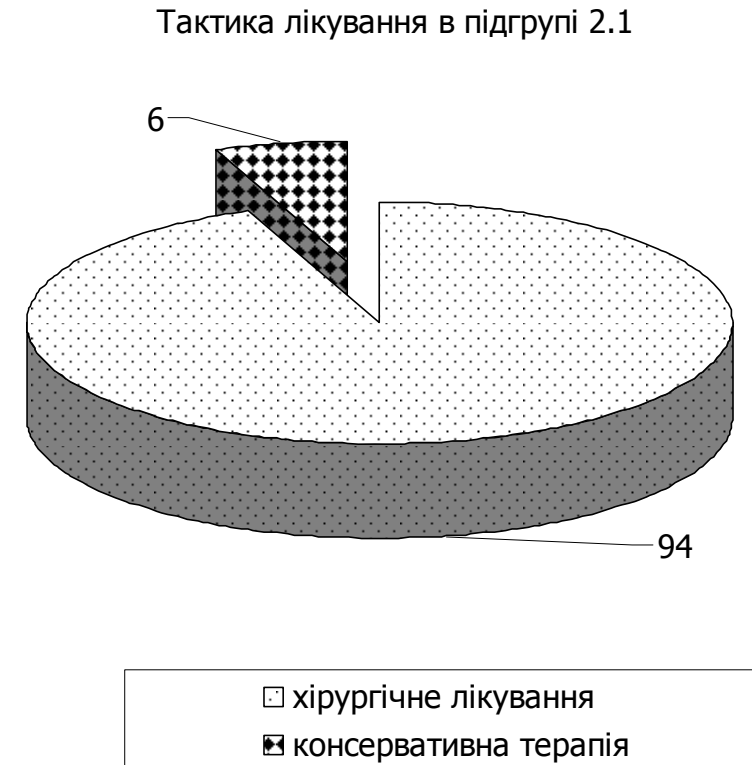


Рис. 4.2. Тактика лікування жінок із МК (%).

За віком і характером даної патології хворі обох підгруп були порівняні.

Аналіз анамнестичних даних показав високу частоту перенесених інфекційних (56 і 50 %) і дитячих захворювань (36 і 32 %) в порівнюваних підгрупах хворих. Також звертає на себе увагу висока частота захворювань серцево-судинної системи – 26 і 34 %, захворювань ШКТ (18 і 30 %), сечовидільної системи (по 12 %) та ендокринної патології (14 і 8 %).

Певний інтерес представляють перенесені екстрагенітальні операції в анамнезі. Так, операції на черевній порожнині виконані в підгрупі 2.1 в 4 % випадках; у підгрупі 2.2 – в 12,0 %; в основному за рахунок апендектомії – 4 і 10 % відповідно.

Таким чином, для пацієток з матковими кровотечами характерний несприятливий преморбідний фон, обумовлений високою частотою респіраторних інфекцій, патологією з боку серцево-судинної, сечовидільної і ендокринної систем, а також шлунково-кишкового тракту. З перенесених операції найчастіше зустрічалася апендектомія.

При аналізі перенесених раніше гінекологічних захворювань в порівнюваних підгрупах пацієток з МК виявлено високе розповсюдження порушеного менструального циклу (мено- і метроррагій – 28 і 30 %); гіперпластичних процесів ендометрія (28 і 12 %); патології шийки матки (22 і 26 %) і доброякісних пухлин матки (24 і 20 % відповідно).

Частота запальних захворювань геніталій (матки, придатків матки і піхви) склала 22 % серед хворих обох підгруп; кіст і кістом яєчників – 12 і 16 % відповідно. У той ж час, частота ендометріозу, ектопічної вагітності і безпліддя була низькою і кривалася від 2 до 6 % в порівнюваних підгрупах.

Вивчення даних про перенесені операції у пацієток з МК показало, що найчастішою операцією в анамнезі у хворих були вишкрібання стінок матки, виконуване з лікувально-діагностичною метою (34 % і 36 %) і діагностична гістероскопія (6 % і 2 %) відповідно.

При цьому частота перенесених операцій з приводу ектопічної вагітності, а також діатермокоагуляції та діатермоексцизії шийки матки з приводу її патології склала по 4 % в кожній підгрупі. Резекція яєчників в анамнезі виконано в 2 і 4 % випадків; аднексектомію і поліпектомію з приводу поліпів цервікального каналу – по 2 % в кожній підгрупі.

Таким чином, для пацієнок з МК характерна висока гінекологічна захворюваність, пов'язана із порушеннями менструального циклу (мено- і метроррагії) дисфункціонального характеру або пов'язані з гіперпластичними процесами ендометрія, міомою, ендометріозом матки і кістами яєчників. При цьому, в анамнезі в даних підгруп хворих, як правило, були вказівки на такі перенесені оперативні втручання, як діагностичне, лікувально-діагностичне вишкрібання стінок матки і гістероскопія.

Встановлено, що регулярний менструальний цикл був відмічений у 14 % жінок обох підгруп, а нерегулярний – у 86 % пацієнок, відповідно. Найбільше число пацієнок з МК склали повторнородящі жінки, що мають три і більше абортів в анамнезі, при цьому основна маса пацієнок (80 %) не користувалася контрацепцією. Так, 80 % жінок обох підгруп не оберігалися від небажаної вагітності; 8 % хворих обох підгруп застосовували бар'єрні методи. Внутрішньоматкова спіраль використовувалася в 6 % у жінок підгрупи 2.1 і 4 % – підгрупи 2.2, а гормональною контрацепцією користувалися 6 % пацієнок підгрупи 2.1 і 4 % підгрупи 2.2.

Слід зазначити, що на догоспітальному етапі лікування не проводилося у 68 % жінок підгрупи 2.1 і в 60 % – підгрупі 2.2; лікування було самостійним в 2% і 14 % спостережень, а в 12 і 26 % випадків відповідно пацієнок було переведено з інших стаціонарів у зв'язку з неефективністю лікування, що проводилося.

Аналіз скарг, що пред'являються під час вступу, показав, що більш ніж в 90 % випадків пацієнтки обох підгруп пред'являли скарги на

кров'янисті виділення зі статевих шляхів, порушення менструального циклу (88 %). Загальносоматичні скарги (слабкість, запаморочення, нездужання) відзначили 58 % жінок, болі внизу живота були у 54 % пацієнток. Дизуричні явища, підвищення температури тіла і не характерні виділення зі статевих шляхів виявлені в 2 % випадків.

Слід зазначити, що у 94 % пацієнток МК клінічно виявлялися поєднанням декількох симптомів і синдромів захворювання, домінуючими в яких були постгеморагічна анемія і порушення гемодинаміки.

При оцінці структури МК встановлено, що основну частину склали жінки з міомою матки (68 і 58 %); дисфункціональні маткові кровотечі (ДМК) і кровотечі, обумовлені гіперпластичними процесами ендометрія відмічені в 20 і 28 % спостережень, аденоміоз – по 14 % в кожній підгрупі. Ускладнений перебіг захворювання, в основному, був обумовлений анемією, яка для пацієнток обох підгруп мала місце в 88 і 76 % спостережень відповідно.

Таким чином, у хворих з МК патологією, що найчастіше зустрічається, були міома матки, дещо рідше – ДМК, гіперпластичні процеси ендометрія і аденоміоз. Ускладнений перебіг захворювання, як правило, обумовлено виникненням і розвитком постгеморагічної анемії.

Вибір консервативної або оперативної тактики лікування визначався, в першу чергу, клінічною картиною захворювання.

Серед хворих, що поступили і оперованих з МК в перші три години з моменту госпіталізації прооперовано 38 % пацієнток підгрупи 2.1 і 42 % підгрупи 2.2; відстрочено прооперовано 62 і 58 % хворих, з яких в перші шість годин – 12 і 2 % і, нарешті, відстрочено у подальші 3-4 діб і більше – 50 % хворих підгрупи 2.1 і 56 % підгрупи 2.2.

При аналізі пацієнток, прооперованих відстрочено, виявлено три переважні чинники, що вплинули на даний показник. Так, в 8 % випадків в підгрупі 2.1 і в 4 % – в підгрупі 2.2, спочатку проводилася консервативна і симптоматична терапія, що не призвела до очікуваного ефекту,

у зв'язку з чим хворі були прооперовані і в подальшому виписані в задовільному стані. Окрім цього, 24 % хворим підгрупи 2.1 і 28 % підгрупи 2.2 була потрібна передопераційна підготовка. Передопераційна підготовка включала проведення замісної і антианемічної терапії, спрямованої на заповнення об'єму циркулюючої крові (ОЦК) і гіповолемічних порушень, лікування тяжкої анемії. Крім того, після хірургічної зупинки кровотечі в очікуванні майбутньої радикальної операції призначалася, як правило, комбінована антибактеріальна і дезінтоксикаційна терапія, а також антигістамінні і седативні препарати.

Слід зазначити, що загальний стан в 32 % хворих підгрупи 2.1 і 26 % підгрупи 2.2 під час вступу було розцінено як задовільний, а кровотеча – не загрозлива для життя (мізерна або така, що припинилась), що не призводить до гіподинамічних порушень. При цьому передбачалось дообстеження хворих з метою уточнення діагнозу і вибору правильного об'єму майбутнього оперативного лікування.

Таким чином, від 86 % підгрупи 2.2 і 94 % підгрупи 2.1 піддавалися оперативному лікуванню, причому більше 40 % оперувалися в екстреному порядку, а близько 60 % – відстрочено. При цьому відстроченість оперативного лікування в 26 % хворих пов'язана з проведенням медикаментозної корекції волемічних порушень і анемії, а в 28 % – із задовільним станом хворої і необхідністю планового дообстеження. Разом з цим, у 6 % жінок підгрупи 2.1 і 14 % підгрупи 2.2 лікування обмежувалося консервативною терапією.

Тривалість передопераційної підготовки склала, в середньому, $1,9 \pm 0,1$ доби в підгрупі 2.1 і $2,0 \pm 0,1$ доби в підгрупі 2.2 ($p > 0,05$) і визначалася суто індивідуально залежно від тяжкості стану хворої, вираженості кровотечі і гемодинамічних порушень, а також від наявності супутніх ускладнень, в основному анемії.

Результати досліджень показали, що кількість операцій, виконаних ендоскопічно було вище в підгрупі 2.1 – 78 % проти 22 % в підгрупі 2.2.

Найчастішою операцією, що виконується у хворих з даною патологією, було лікувально-діагностичне вишкрібання стінок матки, що складало 48 % в підгрупі 2.1 і 66 % в підгрупі 2.2. Наступними по частоті зустрічання в порівнюваних підгрупах були над піхвова ампутація матки (54 і 36 %) та екстирпація матки (8 і 10 %). В протилежність цьому, низький відсоток зустрічання був характерний для міомектомії, виконаної при міоматозних вузлах початкової форми – по 8 %; а також резекції яєчників – по 2 % і енуклеації кіст яєчників – по 2 %, як супутніх операцій в порівнюваних підгрупах жінок.

Таким чином, при хірургічному лікуванні пацієток з МК в підгрупі 2.1, в основному, застосовувалися ендоскопічні операції, серед яких домінували субтотальна та тотальна гістеректомія, а так само міомектомія при міоматозних вузлах початкової форми.

Як спостерігалось раніше, патологія, що виявляється під час оперативного втручання, істотно впливала на перебіг післяопераційного періоду і результат захворювання. У зв'язку з цим нами вивчена інтраопераційна патологія в ряду хворих, що оперуються з приводу МК.

Для пацієток, що радикально оперуються з приводу маткових кровотеч, інтраопераційну картину в половині випадків складав ендометріоз і кісти яєчників, рідше – міома матки і хронічний сальпінгофорит, при цьому спайковий процес і інфільтративно-спайковий процес в геніталіях були не виражені. Крім того, слід зазначити, що, не дивлячись на дещо величезну частоту операцій в підгрупі 2.1, ніж в підгрупі 2.2 – 65 проти 60 операції, середня кількість операцій у розрахунку на одного хворого склала в підгрупі 2.1 $1,3 \pm 0,05$ і $1,2 \pm 0,05$ в підгрупі 2.2 ($p > 0,05$). Сумарна тривалість операцій склала в порівнюваних підгрупах відповідно $56,2 \pm 4,4$ і $85,1 \pm 8,4$ хвилин ($p < 0,05$). Об'єм крововтрати був $196,2 \pm 12,0$ мл у хворих підгрупи 2.1 і $310,8 \pm 25,2$ мл у підгрупі 2.2 відповідно ($p < 0,05$).

Отже, у пацієнок, що оперуються з приводу МК за удосконаленим нами алгоритмом із використанням ендоскопічних технологій, отримані кращі результати в аспекті тривалості операції, операційної крововтрати та частоти післяопераційних ускладнень (4 % в підгрупі 2.1 та 12 % – в підгрупі 2.2).

4.3 Результати лікування внутрішньочеревних кровотеч

Під нашим спостереженням знаходилися 100 жінок з ВК, яких було розподілено на дві підгрупи. Підгрупу 3.1 склали 50 хворих з ВК, яких було проведено за удосконаленим нами алгоритмом. У підгрупу 3.2 були включені 50 жінок з ВК, яким проводилася загальноприйнята тактика ведення. При цьому, обидві підгрупи були порівнянні за віком і характером патологічного процесу в геніталіях.

Аналіз анамнестичних даних показав високу частоту перенесених дитячих (по 22 %) та інфекційних захворювань (по 44 %) в обох підгрупах, відповідно.

Також звертає на себе увагу висока частота захворювань ШКТ (24 та 26 %) і сечовидільної системи (16 та 14 % відповідно). Певний інтерес представив аналіз перенесених екстрагенітальних операцій в порівнюваних підгрупах хворих, з якого виходить, що найбільше число оперативних втручань було виконано на черевній порожнині, переважно за рахунок апендектомії, що склала 12 % випадків в підгрупі 3.1 і 6 % в підгрупі 3.2.

При аналізі перенесених раніше гінекологічних захворювань в порівнюваних підгрупах пацієнок, прооперованих з приводу ВК, в анамнезі виявлені високі відсотки запальних захворювань геніталій – 58 і 38 %, ектопічної вагітності – 18 і 14 %, кіст і кістом яєчників в 4 і 12 %, порушення менструального циклу – в 2 і 10 %, безпліддя – по 6 % та ендометріозу – 2 і 4 % відповідно.

Результати хірургічного лікування в анамнезі в обстежених жінок звертали на себе увагу найбільшою частотою перенесених операцій з приводу позаматкової вагітності – 18 і 14 %, кесарева розтину – 10 і 4 %, лікувального і діагностичного вишкрібання матки – 4 і 10 %, лапароскопічних операцій в лікуванні безпліддя і ендометріозу – 6 і 2 % відповідно.

Регулярний менструальний цикл відмічений в підгрупі 3.1 у 86 %, а в 3.2 – у 94 % пацієнток відповідно.

При вивченні стану репродуктивної функції у пацієнток з ВК було встановлено, що статеве життя пацієнтки обох груп починали, в середньому, в 17,5-18,1 року, а середнє число вагітностей склало $0,9 \pm 0,1$ і $1,1 \pm 0,2$ на одну жінку, відповідно в кожній підгрупі ($p > 0,05$).

При порівнянні спостережуваних підгруп хворих було відмічено, що в 28 і 32 % жінок, відповідно, відмічені в анамнезі одні пологи, по 18 % – двоє пологів і в 4 і 2 % спостережень – троє пологів і більше, відповідно в кожній підгрупі. У 50 % жінок підгрупи 3.1 і в 48 % підгрупи 3.2 в анамнезі були відсутні вказівки на наявність пологів.

Переривання небажаної вагітності відмічено в одному випадку по 18 %; двічі – в 8 і 16 % випадків, а 3 рази і більше – в 12 і 10 % спостережень в підгрупах, відповідно. Були відсутні вказівки на переривання вагітності в 62 % спостережень в підгрупі 3.1 і 56 % випадках – в підгрупі 3.2.

Вивчення способів контрацепції жінок показало, що в 90 % в підгрупі 3.1 і в 86 % випадків в 3.2, пацієнтки не оберігалися від небажаної вагітності Проте, бар'єрна контрацепція використовувалася в 6 і у 4 % жінок; ВМК – в 2 і в 4 %, КОК – в 2 і у 4 % пацієнток підгруп, відповідно.

Отже, серед обстежених пацієнток з ВК дещо частіше зустрічалися жінки, що мають пологи в анамнезі і пацієнтки, в яких не спостерігалось

артифіційних абортів, при цьому в більшості випадків пацієнтки не застосовували контрацепцію.

Слід зазначити, що на догоспітальному етапі лікування не проводилося в 82 і 68 % випадків, в порівнюваних підгрупах відповідно. Лікування було самостійним в 2 і 14 % спостережень, а в 14 і 18 % випадків в порівнюваних підгрупах пацієнтки були переведені з інших стаціонарів з помилковими діагнозами та у зв'язку з неефективністю лікування, що проводилося, що говорить про стерту клінічну картину захворювання і складності діагностики.

Аналіз клінічних прояви ВК показав, що в 84 % випадків пацієнтки обох підгруп пред'являли скарги на болі внизу живота, в 54 % – на кров'янисті виділення зі статевих шляхів різної інтенсивності, в 46 % – на нездужання, слабкість, запаморочення і непритомні стани. Порушення менструального циклу відмічено в 42 % спостережень, диспепсичні явища – в 32 %, підвищення температури тіла – в 8 %, а нехарактерні для даного періоду менструального циклу виділення зі статевих шляхів мали місце в 2 % випадків. До інших скарг ми віднесли відчуття нагрубання молочних залоз і наявність пухлини а малому тазу (по 4 % в кожній підгрупі).

Таким чином, в більшості випадків (92 %) перебіг захворювання в підгрупах пацієнток характеризувався поєднанням декількох симптомів і синдромів, домінуючими серед яких є больовий, гемодинамічний синдром і постгеморагічна анемія.

Серед різних причин ВК, найбільше число пацієнток було з ектопічною вагітністю (68 % в підгрупі 3.1 і 76 % в підгрупі 3.2) і з апоплексією яєчника (30 і 24 % відповідно).

Перебіг основного захворювання ускладнився геморагічним шоком в 8 % хворих підгрупи 3.1 і 10 % жінок 3.2. Анемія різного ступеня тяжкості діагностована на тлі основного захворювання в 28 і 32 % випадках.

Таким чином, в структурі захворюваності пацієток з ВК переважаючою патологією були ектопічні вагітність і апоплексія яєчників, а ускладнений перебіг захворювання найчастіше обумовлений анемією.

Виходячи з клінічної картини ВК, ускладнень і супутньої патології вироблялася тактика ведення хворої, що включає екстрене оперативне лікування. При цьому, у пацієток підгрупи 3.1 воно проведено в 74 % випадків, а в 3.2 – в 66 %. Відстрочено в підгрупі 3.1 прооперовано 26 % пацієток, а в 3.2 – 36 % у зв'язку з тим, що первинний діагноз виявився неясним або помилковим (без ознак ВК) проводилося обстеження і (або) консервативна протизапальна і симптоматична терапія. Так, у 38 % жінок у помилково було діагностовано сальпінгоофорит, в 18 % – порушення менструального циклу, в 6 % – загроза викидня. Окрім сказаного, в 38 % спостережень не було явних симптомів ВК, у зв'язку з чим їм проводилося дообстеження з метою уточнення остаточного діагнозу. У подальшому, за результатами динамічного спостереження і обстеження всім хворим був виставлений правильний діагноз, пацієтки були оперовані і виписані у задовільному стані.

Таким чином, в більшості випадків пацієтки з ВК оперовані в екстремому порядку. При цьому, близько 30 % жінок з патологією, що призводить до ВК, мали стерту симптоматику захворювання, що призводило до діагностичних помилок, не раціональному лікуванню і затримці виконання операції.

Дані хірургічного лікування хворих свідчать, що кількість ендоскопічних операцій значно перевищувала число лапаротомних в підгрупі 3.1 (82 та 18 %) в порівнянні із підгрупою 3.2 (63 та 37 %) відповідно (рис. 4.3). При оперативному втручанні частіше виконували тубектомію (48 % та 50 %); резекцію та ушивання яєчника (30 % та 28 %); усі інші варіанти (аднексектомія; сальпінгооваріолізіс та туботомія) мали місце в 22 % випадків в кожній підгрупі.

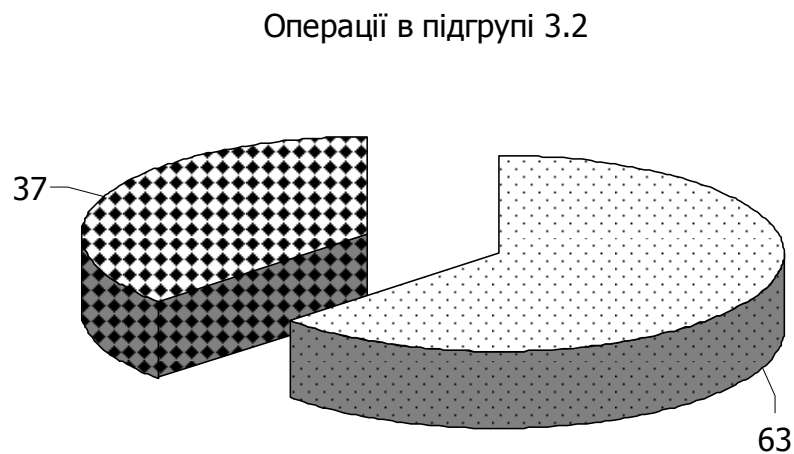
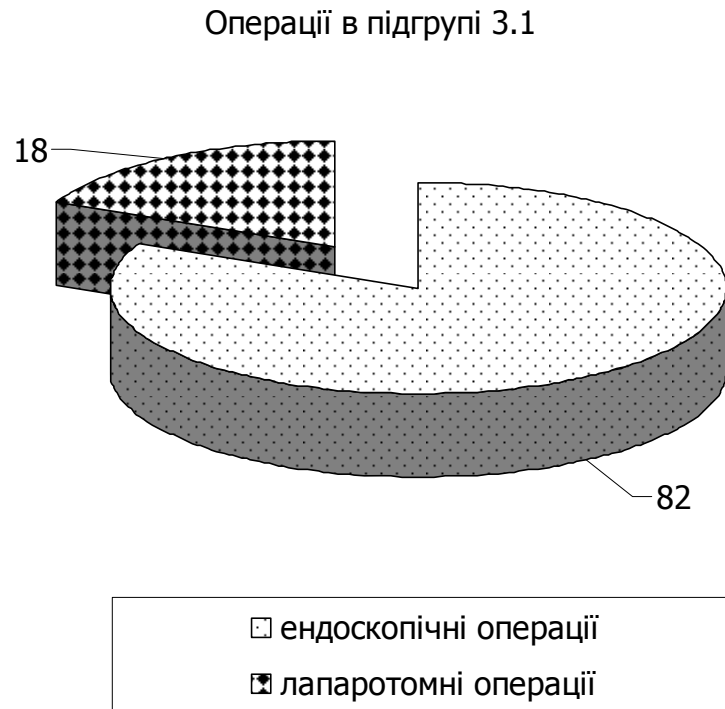


Рис. 4.3. Структура оперативних втручань при ВК (%).

Дренування черевної порожнини виконано в 4 % і 10 % випадків, апендектомія – в 2 % і 4 %; вишкрібання стінок матки – по в 2 % в кожній підгрупі.

Таким чином, в підгрупах пацієток, що оперуються з приводу ВК, найчастіше виконуваними операціями були ендоскопічні операції,

частота яких була вище в підгрупі 3.1. Крім того, відмітною особливістю інтраопераційної картини пацієток з ВК був спайковий процес в області статевих органів, кісти яєчників і хронічне запалення в придатках матки. Не дивлячись на менші абсолютні значення кількості перенесених операцій в підгрупі 3.1, відповідно 70 і 60 операцій в 3.2, середнє число операцій на одну хвору склало в основній групі $1,4 \pm 0,05$, а в 3.2 – $1,2 \pm 0,03$ операції ($p < 0,05$).

Сумарна тривалість операцій склала в порівнюваних підгрупах відповідно $29,8 \pm 2,1$ і $49,1 \pm 2,5$ хвилин ($p < 0,05$), а інтраопераційна інша крововтрата – $189,1 \pm 19,8$ і $388,5 \pm 37,2$ мл відповідно, що є статистично достовірним ($p < 0,05$).

Таким чином, використання удосконаленого алгоритму для хворих з ВК дозволяє підвищити ефективність оперативного лікування, знизити тривалість операції та операційну крововтрату.

4.4 Тактика лікування жінок із порушенням кровообігу пухлин внутрішніх геніталій

Всіх пацієток з ПКПВГ (50 жінок) було розподілено на дві підгрупи. Підгрупу 4.1 склали 28 хворих з ПКПВГ, які отримували удосконалений нами алгоритм. Підгрупу 4.2 – також 24 жінок з ПКПВГ, які отримували загальноприйняті діагностичні та лікувально-профілактичні заходи.

Обидві підгрупи пацієток були порівнянні за віком і характером патологічного процесу в геніталіях.

Аналіз анамнестичних даних показав високу частоту перенесених дитячих і інфекційних захворювань (44 і 40 %), а також патології сечовидільної (20 і 24 %); серцево-судинної системи (16 і 20 %) і ШКТ (по 16 % в кожній підгрупі). Частота перенесених захворювань ендокринних органів склала 12 % в підгрупі 4.1 і 8 % в 4.2.

При аналізі перенесених екстрагенітальних операції встановлено, що найчастіше виконуваними операціями були операції на черевній порожнині, а з них апендектомія відмічена в 8 % випадків в підгрупі 4.1 і 12 % в підгрупі 4.2.

Таким чином, у пацієток з ПКПВГ спостерігалася висока частота дитячих і гострих респіраторних інфекційних захворювань, а так само патології сечовидільної, серцево-судинної систем і шлунково-кишкового тракту. З перенесених операцій в анамнезі найчастішою операцією з'явилася апендектомія.

При аналізі перенесених раніше гінекологічних захворювань в порівнюваних підгрупах пацієток з ПКПВГ виявлені високі відсотки запальних захворювань геніталій (76 і 64 %), патології шийки матки (20 і 28 %), міоми матки (16 і 20 %) і пухлиноподібних утворень придатків матки (20 і 32 % відповідно).

Разом з цим, гіперпластичні процеси ендометрія в анамнезі були відмічені в 8 % випадків в обох підгрупах. Ендометріоз, дисфункція яєчників і порушення менструального циклу зустрічалися лише в 4 % жінок обох груп. Аналіз результатів хірургічного лікування обстежених жінок з ПКПВГ в анамнезі, виявив високу частоту лікувально-діагностичного вишкрібання стінок матки (по 16 %) і лапароскопічних втручань з приводу кіст яєчників, запальних захворюванні придатків матки і безпліддя (по 8 %). Операція кесарева розтину була відмічена лише в пацієток підгрупи 4.1 – 4 %.

Отже, для пацієток з ПКПВГ в анамнезі характерна висока питома вага запальних захворювань геніталій, патології шийки матки і доброякісних пухлин геніталій. З перенесених операцій найчастіше виконаними були вишкрібання стінок матки операції з приводу пухлин яєчників.

Місячні були регулярними в підгрупі 4.1 ПКПВГ у 88 % жінок, нерегулярними в 12 %. Дане співвідношення в підгрупі 4.2 склало відповідно 84 і 16 %.

Статеве життя пацієнтки обох підгруп починали в 17-18 років, а середнє число вагітностей на одну жінку склало $2,5 \pm 0,4$ в 4.1 основною і $2,3 \pm 0,3$ – в підгрупі 4.2 ($p > 0,05$). При цьому відмічено, що в 28 і 20 % жінок досліджуваних підгруп, відповідно, реєструвалися одні пологи, в 44 і 32 % – двоє, в 8 % в кожній підгрупі – троє пологів і більше.

Небажана вагітність уривалася, як правило, три і більше разів. При цьому, 72 % жінок підгрупи 4.1 і 74 % – 4.2 контрацепцію не застосовували. Лише по 8 % пацієнток порівнюваних підгруп використовували бар'єрні методи; 12 і 10 % – внутрішньоматкову спіраль і по 8 % – гормональну контрацепцію.

Таким чином, дана патологія частіше зустрічалася у повторно-родящих жінок і у пацієнток, що перенесли три і більше аборти. При цьому, в даній популяції хворих контрацепція в більшості випадків не застосовувалася, а з використовуваних методів контрацепції найчастіше застосовувалася внутрішньоматкова спіраль.

Слід зазначити, що на догоспітальному етапі лікування не проводилося в 78 і 66 % 22 жінок основної і 19 – контрольної групи (78,6 і 65,5 % відповідно). Лікування на догоспітальному етапі було самостійним лише в трьох (10,3 %) випадках у пацієнток контрольної групи. При цьому 6 пацієнток основної і 7 контрольної груп (21,4 і 24,2 %, відповідно) були переведені з інших стаціонарів у зв'язку з неефективністю лікування, що проводилося, в наслідку помилкового діагнозу. Тобто, у кожної четвертої жінки захворювання мало стерту клінічну картину.

Аналіз скарг, що пред'являються під час вступу, показав, що приблизно в 94 % випадків пацієнтки обох груп пред'являли скарги на болі внизу живота, в 60 % випадків мала місце слабкість, озноб і нездужання, що супроводжувалось в 52 % спостережень підвищенням

температури тіла, в 48 % – кров'янистими виділеннями різного ступеня інтенсивності.

Диспептичні явища були відмічені в 36 % випадків, дизуричні порушення – в 12 %, а відчуття чужорідного тіла в нижніх відділах живота – у 16 % пацієток. Слід зазначити, що у більшості жінок (83.1 %), ПКПВГ клінічно виявлялися поєднанням декількох симптомів і синдромів захворювання, домінуючими в яких були больовий і інтоксикація.

Аналізуючи структуру захворюваності нами встановлено, що найчастішою патологією був перекрут ніжки кісти яєчника – 52 % в підгрупі 4.1 і 44 % – в 4.2 і порушення кровопостачання пухлин матки, представленої, переважно, дегенерацією міоматозного вузла – в 48 і 56 % відповідно (рис. 4.4).

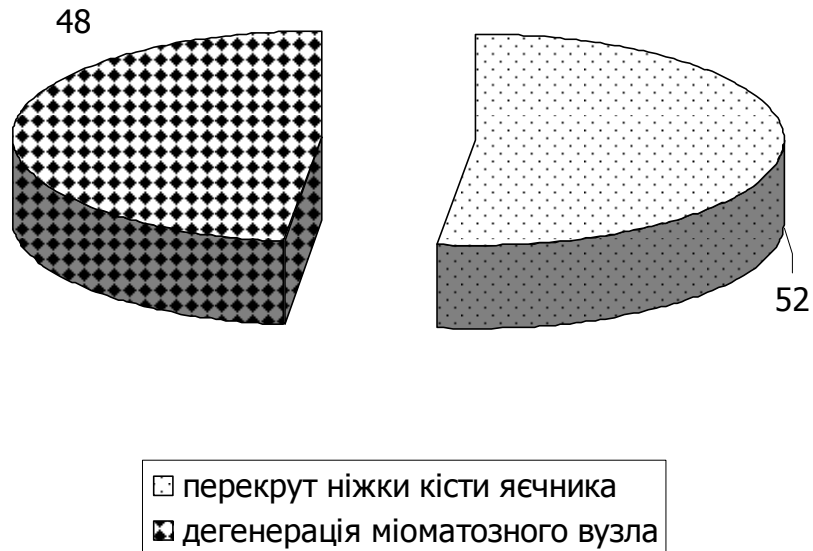
Серед ускладнень основної патології ми констатували значний рівень анемії (44 та 48 %) та пельвіоперитоніту (20 та 24 % відповідно).

Отже, найбільш патологією, що часто зустрічається, в даній групі хворих з ПКПВГ був перекрут ніжки кісти яєчника, далі слідує порушення кровопостачання пухлин матки (дегенерація міоматозного вузла). Дана патологія характеризувалась ускладненим перебігом захворювання, найбільш частим проявом яких були анемія та пельвіоперитоніт.

Виходячи з клінічної картини захворювання і встановленого діагнозу вироблялася тактика ведення хворого, що передбачає екстрене або відстрочене оперативне лікування. Так, в підгрупах 4.1 та в 4.2 в екстремому порядку було прооперовано по 24 % пацієток.

Слід зазначити, що в перші три години з моменту вступу до стаціонару було прооперовано 24 % жінки обох підгруп, в перші шість годин – лише 8 % хворих підгрупи 4.2. У подальші 3-4 і більше доби проопероване 76 % хворих підгрупи 4.1 і 68 % – 4.2. – відстрочене лікування.

Структура захворюваності в підгрупі 4.1



Структура захворюваності в підгрупі 4.2

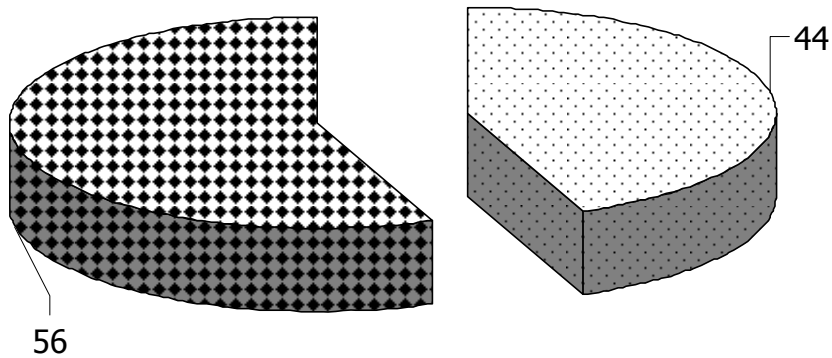


Рис. 4.4. Структура захворюваності в жінок із ПКПВГ (%).

Даний факт був пов'язаний з різними причинами. Так, в більшості випадків (52 % і 40 %) хворих, це було обумовлено задовільним станом пацієнтки, відсутністю перитонеальних явищ і стертими клінічними

проявами захворювання, у зв'язку з чим виникла необхідність в дообстеженні жінок з метою уточнення діагнозу для подальшого оперативного лікування.

Але в 20 % випадків у пацієток підгрупи 4.1 відстроченість оперативного лікування була викликана необхідністю проведення протизапальної і інфузійно-трансфузійної терапії, направленої на купірування явищ гострого перебігу захворювання і бажанням прооперувати хвору в "холодному" періоді, оскільки у відмічених пацієток в 16 % випадках мали місце явища пельвіоперитоніту, а в 4 % – параметриту. У підгрупі 4.2 в 16 % хворих з цією метою проводилася передопераційна підготовка.

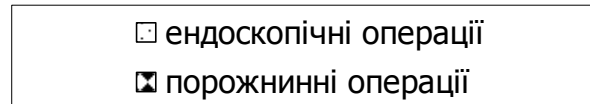
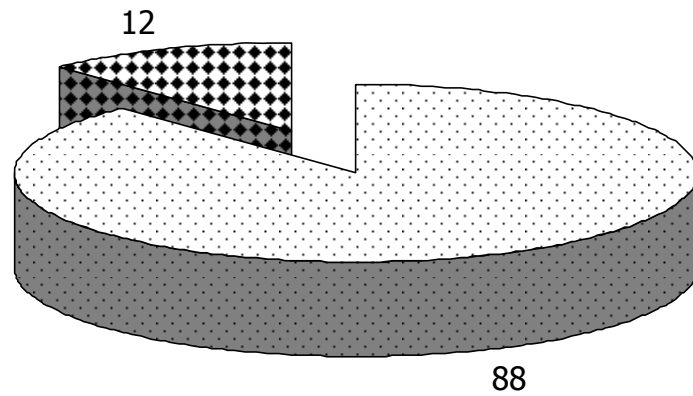
Отже, в групі хворих з ПКПВГ близько 80 % пацієток було прооперовано відстрочено і 20 % – в екстреному порядку. У свою чергу, відстрочене оперативного лікування було пов'язано із задовільним станом хворому відсутністю перитонеальних явищ і стертими клінічними проявами захворювання, що потребують дообстеження пацієтки, а в 20 % випадках – необхідністю медикаментозної підготовки жінки до майбутнього оперативного лікування.

Тривалість передопераційної підготовки визначалася індивідуально залежно від вираженості синдрому інтоксикації, наявності супутніх ускладнень і включала проведення антибактеріальної і дезінтоксикаційної терапії, а також призначення антигістамінних і седативних препаратів. Тривалість передопераційної підготовки в підгрупі 4.1 склала $1,0 \pm 0,1$ доби, в підгрупі 4.2 – $2,2 \pm 0,2$ доби ($p < 0,05$).

При аналізі оперативного лікування у пацієток в різних підгруп звертає на себе увагу переважання ендоскопічних операцій в підгрупі 4.1 (88 %) порівняно із 4.2 (48 %).

Рівень порожнинних операцій складав 12 % та 52 % відповідно (рис. 4.5).

Оперативне лікування в підгрупі 4.1



Оперативне лікування в підгрупі 4.2

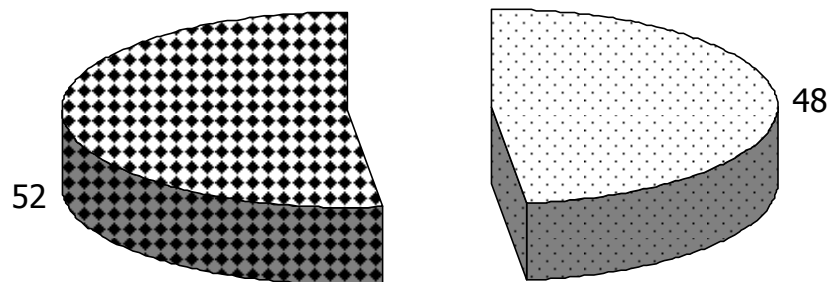


Рис. 4.5. Структура операцій в жінок із ПКПВГ (%).

При цьому найчастіше виконувалася субтотальна гістеректомія (52 і 48 %) і аднексектомія (по 28 % відповідно).

Водночас з перерахованими операціями, міомектомія з приводу дегенерації міоматозного вузла виконана в 20 % підгрупи 4.1 і в 24 % – підгрупи 4.2.

Проведений аналіз супутньої патології в рані у оперованих нами пацієнток з ПКПВГ показав, що випот різного характеру виявлявся в 44 % випадків; спайковий процес в області геніталій – в 40 % випадків, а спайковий процес із залученням до нього петель тонкого і товстого кишечника, сальника і сечового міхура – в 24 %. При цьому в 32 % спостереженні був відмічений інфільтративно-спайковий процес. Кісти яєчників виявлені в 12 % випадків, міома матки – в 8 %, ендометріоз – в 4 % відповідно.

Середня кількість операцій, що доводяться на одну хвору в обох підгрупах не мало статистичної відмінності ($p > 0,05$) і склало для обох підгруп $1,50 \pm 0,1$ на одну хвору.

Тривалість операцій в порівнюваних підгрупах склала відповідно $48,1 \pm 4,9$ і $74,6 \pm 7,8$ хвилин ($p < 0,05$), а крововтрата – $101,7 \pm 10,1$ і $283,3 \pm 12,9$ мл ($p < 0,05$).

Таким чином, для хворих, що оперуються з приводу ПКПВГ, в яких був використаний удосконалений нами алгоритм, ефективність оперативного лікування була вище за рахунок своєчасної діагностики та зменшення тривалості і крововтрати під час операції.

Отримані результати були викладені у наступних публікаціях.

1. Пікуль ЮЛ. Профілактика порушень гемостазу після ургентних лапароскопічних операцій в гінекології. Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П. Л. Шупика. 2018;31(1):125-9.

2. Пікуль ЮЛ. Ускладнення після ургентних лапароскопічних операцій в гінекології. Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П. Л. Шупика. 2018;31(2):108-16.

3. Пікуль ЮЛ. Ризики розвитку тромбоемболічних ускладнень після ургентних лапароскопічних операцій в гінекології. В: Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П. Л. Шупика: тези мате-

ріалів науково-практичного семінару в форматі телемосту «Міжнародні та вітчизняні стандарти надання акушерсько-гінекологічної допомоги», 2018 берез 20; Київ-Тернопіль-Хмельницький. 2018;31(1):206.

РОЗДІЛ 5

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ УДОСКОНАЛЕНОГО НАМИ АЛГОРИТМУ

Для оцінки ефективності удосконаленого нами алгоритму були використані клініко-лабораторні критерії, розроблені з врахуванням нозологічної форми і тяжкості перебігу основного захворювання. Разом з цим, з метою об'єктивної оцінки клінічної симптоматики і динаміки перебігу патологічного процесу на тлі різних методів лікування нами враховувалися загальний стан, температура тіла і тривалість гарячкового періоду, вираженість і доба купіювання больового синдрому, частота і об'єми гемо трансфузії, наявність і характер ускладнень в ході лікування. Крім того, аналізувалися тривалість післяопераційного періоду і тривалість перебування хворих в стаціонарі.

Аналіз отриманих даних дозволив встановити, що в групі 1 пацієнок із ЗЗОМТ тривалість больового синдрому в підгрупі 1.2 склала $12,7 \pm 0,5$ доби, тоді як в підгрупі 1.1 даний показник був достовірно менше – $7,1 \pm 0,3$ доби ($p < 0,05$).

Максимальний підйом температури в ході лікування і в післяопераційному періоді у пацієнок підгрупи 1.2 склав $38,0 \pm 0,08$ °C, що було достовірне вище, ніж в підгрупі 1.1 ($37,6 \pm 0,04$ °C; $p < 0,05$). Аналогічна залежність спостерігалася і відносно доби нормалізації температури тіла – $7,4 \pm 0,6$ і $4,7 \pm 0,4$ доби відповідно ($p < 0,05$).

Неодмінним критерієм ефективності оптимального ведення хворих була наявність і характер ускладнень, що виникають в ході лікування. Так, число пацієнок підгрупи 1.1 з різними ускладненнями, що виникли при веденні післяопераційного періоду склав 6 жінок (12 %), а в підгрупі 1.2 – 12 (24 %) ($p < 0,05$), в 2 рази нижче. Аналізуючи якісні показники ускладнень, нами було встановлено, що використання удосконале-

ного нами алгоритму дозволило більш ніж в 4 рази понизити частоту виникнення ранової інфекції, в 2,7 разу – ендометриту і в 2 рази – параметриту.

В оперованих хворих тривалість післяопераційного періоду в підгрупі 1.2 склала $15,6 \pm 0,9$ доби, а в підгрупі 1.1 була достовірно менше – $10,7 \pm 0,5$ доби ($p < 0,05$).

У підгрупі 1.1 в ході лікування больовий синдром купірувався на $6,5 \pm 0,6$ доби, а частота ускладнень склала 2 % (в одній хворій). У підгрупі 1.2 больовий синдром купірувався на $11,8 \pm 1,1$ добу ($p < 0,05$), а частота ускладнень, що виникли в ході лікування анемії, склала 6 % (у трьох хворих). Доба купірування післяопераційного болю в підгрупі 1.1 була достовірно менше і склала $7,2 \pm 0,7$, а в підгрупі 1.2 – $15,1 \pm 1,6$ доби ($p < 0,05$). Тривалість післяопераційного періоду в пацієток підгрупи 1.1 також була достовірно менше, ніж у жінок підгрупи 1.2 – $9,2 \pm 0,9$ і $17,2 \pm 1,4$ доби, відповідно ($p < 0,05$). Це відносилось і до тривалості перебування хворих в стаціонарі.

Таким чином, вживання удосконаленого алгоритму діагностичних та лікувально-профілактичних заходів у пацієток з невідкладними станами, обумовленими ЗЗОМТ, сприятливо впливало на перебіг захворювання і дозволило їх рекомендувати до широкому використанню в клінічній практиці.

Неодмінним критерієм ефективності оптимального ведення хворих і, особливо в післяопераційному періоді, є наявність та характер виникаючих в ході лікування ускладнень.

Так, кількість оперованих хворих, в яких в післяопераційному періоді не було відмічено ускладнень, в підгрупі 2.1 склала 88 %, а в підгрупі 2.2 – 78,0 % відповідно. При цьому кількість ускладнень у пацієток підгрупи 2.1 в 1,8 разу менше, ніж у пацієток підгрупи 2.2 – 12 проти 22,0 %.

Таким чином, для хворих, що оперуються з приводу МК, був характерний високий відсоток післяопераційних ускладнень, представлених, в основному, гнійно-запальними процесами, серед яких переважали параметрит, тромбофлебіт, ендометрит і ранова інфекція.

Порівняльний аналіз ефективності використання удосконаленого нами алгоритму діагностичних та лікувально-профілактичних заходів виявив достовірні відмінності показників, що вивчаються, лише відносно термінів купірування больового синдрому в післяопераційному періоді, яке наступало достовірно раніше у пацієток підгрупи 2.1, ніж в підгрупі 2.2 – $5,7 \pm 0,4$ і $7,3 \pm 0,7$ доби, відповідно ($p < 0,05$).

Отже, використання запропонованої тактики в лікуванні пацієток з МК перед традиційним веденням і лікуванням хворих показало переваги знов запропонованих методів лікування і дозволило їх рекомендувати до широкого клінічного використання.

Аналіз ефективності лікування в порівнюваних підгрупах хворих, оперованих з приводу ВК, показав, що при використанні традиційного лікування перед удосконаленим нами алгоритмом нами не було отримано достовірних відмінностей.

В той же час, больова реакція в післяопераційному періоді продовжувалася достовірно довше у жінок підгрупи 3.2, де вона складала $7,1 \pm 0,3$ проти $5,1 \pm 0,3$ доби ($p < 0,05$) при використанні удосконаленого нами алгоритму.

Неодмінним критерієм ефективності оптимального ведення пацієток є наявність і характер ускладнень, що виникають в ході лікування. Аналіз післяопераційних ускладнень в порівнюваних підгрупах оперованих хворих показав, що частота післяопераційних ускладнень в підгрупі 3.1 склала 2 %, а в підгрупі 3.2 – 16 % відповідно, причому в підгрупі 3.1 відмічено лише одне ускладнення (тромбофлебіт), а в підгрупі 3.2 їх було 8 (інфільтрат в області оперованих придатків, ранова інфекція).

Отже, для післяопераційного періоду у жінок, оперованих з приводу ВК, був характерний високий відсоток гнійно-запальних післяопераційних ускладнень. При цьому, використання удосконаленого нами алгоритму призводило до значного зниження частоти ускладнень.

Динаміка клінічної симптоматики при лікуванні пацієток з ПКПВГ проаналізована нами на фоні застосування удосконаленого нами алгоритму. В ході аналізу удалося встановити, що поєднане використання направленої метаболічної та імунологічної корекції не дало достовірно значимих результатів, порівняно з традиційною терапією. Виняток становила доба купірування післяопераційного болю, що склав $6,9 \pm 0,7$ доби для пацієток підгрупи 1.1 і $9,9 \pm 0,6$ доби – для підгрупи 1.2 ($p < 0,05$).

Аналіз післяопераційних ускладнень в порівнюваних підгрупах пацієток з ПКПВГ показав, що серед спостережуваних жінок підгрупи 4.1 ускладнень відмічені у 2 (8 %) пацієток, а в підгрупі 4.2 – в 4 (16 %). Без ускладнень проведено в 92 % та 84 % хворих. Сумарно, різниця склала в 2 рази нижче при використанні удосконаленого нами алгоритму.

Аналізуючи склад ускладнень удалося встановити, що параметрит в підгрупі 4.1 виникав в 4 % випадків, а в підгрупі 4.2 – в 12 %; якщо інфільтрація після операційної рани була по одному випадку (4 %) в кожній підгрупі.

Тобто, для хворих, що оперуються з приводу ПКПВГ, був характерний високий відсоток післяопераційних ускладнень, представлених гнійно-запальними ускладненнями – параметритом і рановою інфекцією, які були в 2 рази вище при використанні загальноприйнятих діагностичних та лікувально-профілактичних заходів.

Таким чином, використання удосконаленого нами алгоритму в жінок із ургентною генітальною патологією дозволяє покращити

результати оперативного лікування та знизити частоту післяопераційних гнійно-запальних ускладнень. Це дає нам право рекомендувати його в практичну охорону здоров'я.

Отримані результати були викладені у наступних публікаціях.

1. Пікуль ЮЛ. Особливості післяопераційних ускладнень після лапароскопічних операцій. Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П. Л. Шупика. 2018;31(3):85-94.

2. Pikul I, Lubkovska O. Emergency treatment in gynecology using different methods of surgery. EUREKA Health Sciences. 2022;1:3-9 *(Здобувачем проведено узагальнення та аналіз результатів дослідження, підготовка статті до друку).*

РОЗДІЛ 6

АНАЛІЗ ТА ОБГОВОРЕННЯ ОТРИМАНИХ РЕЗУЛЬТАТІВ

Результати проведених досліджень на I етапі свідчать, що серед пацієнток із ЗЗОМТ і ВК переважали жінки репродуктивного віку. У хворих з МК найбільша захворюваність припадала на пізній репродуктивний і перименопаузальний періоди життя жінки, в групі пацієнток з ПКПВГ чіткої вікової залежності встановлено не було.

Фактори ризику ургентної генітальної патології широко обговорюються у сучасній літературі [14, 180]. Згідно отриманих результатів, у обстежених жінок переважали фактори обтяженого акушерсько-гінекологічного анамнезу і порушеної репродуктивної функції. Так, аборти в анамнезі було відмічено у 58 % жінок, порожнинні операції на матці і її придатках – у 26 % пацієнток, лікувальне і діагностичне вишкрібання стінок матки виявлені в 28 %, а запальні захворювання геніталій відмічені у 54 % пацієнток. Порушення репродуктивної функції (первинне і вторинне безпліддя, невиношування вагітності тощо) реєструвалося, в середньому, у 22 % пацієнток.

У соматичному анамнезі у жінок з невідкладними захворюваннями домінував інфекційний синдром, представлений дитячими, простудними інфекціями, запальною ЛОР-патологією та інфекцією дихальних шляхів, що склала 90 %; шлунково-кишкового тракту – 24 % жінок, сечовидільної системи – 16 %. Із всього різноманіття перенесених операцій переважала апендектомія, відмічена у 10 % пацієнток, що співпадає з думкою ряду авторів [20, 181] щодо суттєвої ролі екстрагенітальної патології у жінок із ургентною гінекологічною захворюваністю.

Клінічні прояви ургентної генітальної патології є предметом чисельних досліджень [25, 29, 184, 185]. Аналіз результатів клінічного обстеження пацієнток показав, що в 36 % хворих спостерігалися чіткі

клінічні прояви захворювання, що характеризуються картиною «гострого живота», що супроводжується гострими болями або кровотечею. Не дивлячись на це, задовільний стан був відмічений у 68 % жінок, стан середньої тяжкості в 28 %, а важкий – в 6 % випадків.

При вагінальному дослідженні виявлялися рясні слизові білі в 26 % хворих, гнійні – в 16 %, а кров'янисті виділення різного ступеня вираженості були у 52 % пацієнок. Найчастіше діагностували збільшену (50 %) і хворобливу (28 %) матку. Збільшення і хворобливість лівих придатків матки виявлені в 36 %, правих – у 42 % обстежених пацієнок. Зміни у склепіннях, що характеризуються як ущільнення, хворобливість або «нависання» були відмічені в 36 % хворих. Необхідність в пункції заднього склепіння виникла у 80 % пацієнок.

Під час вступу обстежені нами жінки пред'являли скарги на болі внизу живота різного ступеня виразності, що іррадіюють в пряму кишку, поперекову область – 82 % хворих, слабкість і нездужання – 56 % жінок, порушення менструального циклу виявлені у 50 % пацієнок. Підвищення температури відзначили 38 % хворих; диспептичні явища – 40 %, а дизуричні – 10 % обстежених жінок. Слід підкреслити, що для 90 % обстежених пацієнок було характерне поєднання різних скарг, симптомів і синдромів, що дозволяло використовувати отримані дані в діагностиці захворювання і з максимальною точністю верифікувати діагноз, виробляючи правильну тактику ведення пацієнок.

Таким чином, аналіз результатів клінічного обстеження пацієнок з невідкладними станами на I етапі досліджень показав, що основну масу хворих склали пацієнтки репродуктивного віку, в яких мали місце обтяжений акушерсько-гінекологічний і соматичний анамнез, де переважав високий відсоток інфекційних і запальних захворювань як генітального тракту так і екстрагенітальної локалізації, а також оперативних втручань на органах малого тазу. Разом із зазначеним, в діагно-

стиці даного захворювання у 94 % пацієток під час госпіталізації відмічено стабільний стан, що характеризувався задовільним (68 %) і середньо-стабільним (26 %) станом вітальних функцій, у зв'язку з чим представлялося можливим використання у них додаткових методів лікування як в до- так і в ранньому післяопераційному періоді.

У структурі ургентної генітальної патології найбільше число хворих з невідкладними станами склали хворі із ЗЗОМТ – 41,4 %, далі слідують хворі з МК – 31,6 %; з ВК – 20,8 % і ПКПВГ (матки і яєчників) – 6,2 %.

Різноманіття підгруп хворих ознак захворювання, що враховуються в клініці невідкладних станів, слугували приводом для детальнішого розгляду кожної підгрупи пацієток.

Так, аналіз підгрупи хворих із ЗЗОМТ (загальна кількість пацієток – 258 людини) показав, що середній вік жінок склав $29,6 \pm 0,5$ року, причому в динаміці спостереження він знизився з $30,7 \pm 0,5$ року в 2015 році до $28,9 \pm 0,5$ року в 2019 році ($p < 0,05$), що узгоджується з результатами досліджень останніх років і може розглядатися як омолодження даної патології [30, 191].

Серед нозологічних форм ЗЗОМТ найбільша питома вага приходилася на первинний гострий сальпінгоофорит (37,9 %), а також на деструктивний сальпінгоофорит-піовар і піосальпінкс, що склали 26,2 % випадків. Загострення хронічного сальпінгоофориту спостерігається у 11,9 % жінок, гострий ендометрит був виявлений в 7,0 % спостережень. Септичний аборт зустрічався в 3,4 % хворих, параметрит – в 3,1 % спостережень, нагноєння кісти яєчника – в 0,8 %, а піометра – в 0,4 % випадків. Серед післяпологових захворювань домінував ендометрит (5,4 %) і перитоніт (1,5 %).

Аналіз п'ятирічної динаміки захворюваності в даній підгрупі хворих показав, що зростання ЗЗОМТ сталося, в основному, за рахунок загострення хронічних форм сальпінгоофориту, ендометриту, випадків

нагноєння кіст яєчника, а також септичних абортів, акушерського перитоніту і післяпологового ендометриту.

Розглянуті нами нозологічні форми ЗЗОМТ, в більшості випадків мали ускладнений перебіг. Найчастішим ускладненням, що зустрічається, з'явилася анемія, що склала 32,2 % випадків, пельвіоперитоніт – 24,3 %; параметрит – 18,2 %; порушення менструальної функції – 11,1 %; перитоніт – 3,8 % і ендометрит – 1,1 % спостережень. У динаміці структури ускладнень основного захворювання відмічено зростання 1,4 разу випадків параметриту і в 1,8 разу – перитонітів.

Структура ЗЗОМТ і характер виявлених ускладнень визначають подальшу тактику ведення хворих [49, 191]. Так, в 58,0 % хворих проводилася консервативна терапія, а в 42,0 % – оперативне лікування. У динаміці спостереження з 2015 по 2019 роки кількість хворих, яким проведено оперативне лікування, зросла з 34,5 до 44,4 %, а можливість консервативного лікування відповідно зменшилася з 65,5 до 55,6 %.

Аналіз видів і типів операцій в даній підгрупі хворих показав, що 108 пацієнток із ЗЗОМТ перенесли 220 операцій, тобто, в середньому, одна жінка, оперована з приводу ЗЗОМТ, перенесла 2 операції. Звертає на себе увагу і те, що кількість порожнинних і вагінальних операцій більш ніж в 7 разів перевершувала кількість ендоскопічних операцій.

З операцій, що найбільш часто зустрічалися, слід зазначити аднексектомію, виконану у 30,1 % жінок і сальпінгектомію – в 29,7 %. Далі слідує надпихова ампутація – 8,7 % і екстирпація матки – 7,7 % випадків. Кольпотомія, як паліативна і дренажна операція, виконана в 6,8 % хворих, резекція яєчника – у 3,6 % пацієнток, ревізія післяопераційної рани – в 2,3 % хворих, санація органів малого тазу виконана в 1,8 % і оваріоектомія – в 1,3 % випадків. Необхідність в релaparотомії виникла в 2,7 % хворих. Вишкрібання стінок матки, як основна операція у випадках септичного аборту, і як допоміжна при видаленні вну-

трішньоматкових контрацептивів (ВМК) у пацієнок з тазовими абсцесами, була виконана у 13,7 % жінок.

З супутніх операцій найчастіше виконано дренування черевної порожнини (43 %) і апендектомія (11,9 % випадків). Операції на тонкому кишечнику виконувалися в 6,4 %, а на товстому – в 4,6 % хворих. Слід відзначити, що зросла частота виконання екстирпації матки – з 0,9 % в 2015 році до 1,8 % в 2019 році; вишкрібання стінок матки – з 3,2 до 3,6 %; дренування черевної порожнини – з 6,4 до 9,1 %; операцій на тонкому кишечнику – з 0,9 до 1,4 % випадків, відповідно. Крім того, в даній підгрупі мала місце тенденція до зростання релапаротомій.

З ендоскопічних операцій найчастіше виконувалися санаційна (14,6 %) лапароскопія. Далі по частоті виконання слідує сальпінгоектомія (2,3 %), оваріотомія (1,4 %), енуклеація кіст яєчника (0,9 %). Сальпінгооваріолізис виконано в 2,7 % випадків, сальпінгостомію і пластику маткових труб – в 1,4 % випадків. Ці операції швидше розглядалися як допоміжні, хоча і вказували не стільки на наявність спайкового процесу в органах малого тазу, скільки на міру перифокального запалення в геніталіях.

Аналіз перебігу післяопераційного періоду показав, що для пацієнок, що перенесли операції з приводу ЗЗОМТ характерний високий відсоток післяопераційних ускладнень (26,5 %), серед яких домінували параметрит, ендометрит, а так само нагноєння і інфільтрація післяопераційної рани і шва. Слід зазначити, що просліджувалася тенденція до зниження частоти описаних ускладнень в 1,8 разу: з 34,1 % випадків в 2015 до 18,8 % – в 2019 році.

При аналізі результатів лікування і результатів захворювання пацієнок підгрупи, що розглядається, встановлено, що середні терміни перебування хворих в стаціонарі стабільні і склали $14,6 \pm 0,7$ дні. Найбільше число жінок (66,8 %) виписувалися із стаціонару з одужанням,

хоча в динаміці число таких пацієнок зменшилося з 64,0 % в 2015 році до 57,8 % в 2019 році. З поліпшенням було виписано 32,1 % хворих і число таких жінок за п'ятирічний період збільшилося трохи, з 36,0 до 38,0 % відповідно. Летальних випадків ми не спостерігали.

Отже, в результатах лікування пацієнок із ЗЗОМТ переважали випадки одужання і поліпшення протягом справжнього захворювання. Отримані результати примушують розглядати підгрупу пацієнок із ЗЗОМТ як групу жінок високого ступеня ризику і вести пошук нових засобів і способів лікування невідкладних станів в клініці ургентної гінекології, що також відображається у сучасній літературі [76, 195].

Аналіз наступної підгрупи пацієнок з МК (загальна кількість хворих склала 199 чоловік) показав, що середній вік хворих з МК склав $40,4 \pm 1,2$ року, причому за п'ятирічний період спостереження відмічено збільшення віку пацієнок з $39,2 \pm 1,1$ року в 2015 році до $42,6 \pm 1,1$ в 2019 році ($p < 0,05$).

З 199 хворих з МК в 45,7 % були діагностовано ДМК, а так само кровотечі, обумовлені гіперпластичними процесами ендометрія, в 43,7 % – міома матки, в 10,6 % випадків – аденоміоз. Примітно, що зростання хворих з МК за п'ятирічний період моніторингу спостерігалось за рахунок аденоміозу.

Результатами досліджень встановлено, що при даній патології порушений менструальний цикл був відмічений в 64,5 % (мено- і метроррагія), а в 58,3 % випадків мала місце анемія. Такі ускладнення, як геморагічний шок, пельвіоперитоніт і гематометра склали менш одного відсотка випадків. При цьому, за останні роки відмічено зростання анемій з 49,4 % випадків в 2015 році до 59,7 % в 2019 році.

При аналізі методів лікування МК встановлено, що основній масі пацієнок з МК (91,5 %) проводилося оперативне лікування. Лише у 8,5 % жінок були використані консервативні методи терапії. При

цьому, просліджувалося зростання частоти оперативного посібника в лікуванні хворих з МК.

При аналізі видів і типів операцій встановлено, що частота порожнинних і вагінальних операцій перевершувала ендоскопічний доступ в оперативному лікуванні в 4 рази. Хірургічна агресія, що є при цьому, доповнювалася тим, що на одну пацієнтку в оперативному лікуванні МК доводилося, в середньому, 1,2 операцій. При цьому вишкрібання стінок матки виконано в 66,3 % випадків, надпівхова ампутація і екстирпація матки, відповідно, в 13,7 % і 9,6 %. Міомектомія вагінальним доступом, в разі міоматозного вузла, що народжується, виконувалася в 5,5 % спостережень, а «порожнинна» міомектомія – в 0,5 %. Із супутніх операцій, найчастіше виконані резекція яєчника і адгезіолізис. Інші операції (резекція сальника, стерилізація і апендектомія) склали 2,5 % випадків.

З операції, виконаних ендоскопічним способом, найчастіше зустрічалися гістероскопія з подальшим вишкрібанням стінок матки (15,0 %) і міомектомія (2,0 %), яким передувала діагностична гістероскопія (4,5 %), а у ряді випадків і лапароскопія (3,0 %). Проте у пацієток з МК відмічено зростання лише вишкрібання стінок матки при гістероскопії, що збільшилося за п'ятирічний період часу більш ніж на 2 %.

У 18,5 % пацієток, що були оперовані з приводу МК, були відмічені ті або інші ускладнення, серед яких переважали гнійно-запальні (параметрит, ендометрит, нагноєння і інфільтрація рани, оофорит і тромбофлебіт) в різних відсоткових співвідношеннях – від 0,5 % до 14,5 %. У динаміці захворюваності за п'ятирічний період часу відмічено в 1,6 разу зростання випадків таких ускладнень як параметрит і нагноєння післяопераційної рани, хоча в загальній популяції хворих спостерігалось зниження частоти ускладнень в пацієток з МК в 1,4 разу.

Аналіз показників одужання і результатів лікування пацієнок з МК показав, що середній койко-день в підгрупі хворих становив $9,7 \pm 0,8$ дні, а в динаміці п'ятирічного спостереження середнє перебування пацієнок з МК а стаціонарі знизилося з $11,0 \pm 0,9$ в 2015 році до $7,7 \pm 0,8$ дні в 2019 році ($p < 0,05$). При цьому з одужанням виписані 67,5 % хворих, причому кількість таких пацієнок зросла з 58,5 до 64,5 %. З поліпшенням виписані 32,5 % хворих, але в динаміці п'ятирічного спостереження число даних пацієнок зменшилося з 41,5 в 2015 році до 35,5 % в 2019 році.

Отже, для підгрупи хворих з МК був характерний високий відсоток хворих, що виписуються зі стаціонару з одужанням і з поліпшенням, причому співвідношення даних критеріїв змінювалося на користь хворих, що виписуються з одужанням.

Аналіз підгрупи хворих з ВК (загальна кількість жінок склала 131) показав, що середній вік пацієнок з патологією, яка призводить до ВК, склав $28,9 \pm 1,0$ року, причому за п'ятирічний період часу вік підгрупи жінок недостоєрно збільшився з $29,7 \pm 0,9$ до $30,2 \pm 1,1$ року.

77,9 % хворих з ВК поступали в стаціонар в екстреному порядку. Проте, стерта клінічних проявів захворювання подовжувала терміни догоспітального етапу, хоча кожна четверта (25,1 %) хвора поступала в стаціонар в перші 6 годин з моменту захворювання.

Зі всього різноманіття нозологічних форм захворювань у хворих з ВК домінуюча роль відводилася позаматковій вагітності (68,1 % жінок), апоплексії (22,2 %) і розриву кіст яєчника (9,1 %).

Зростання захворюваності серед пацієнок з ВК зумовлене зростанням випадків позаматкової вагітності (з 13,0 % в 2015 році до 13,7 % випадків а 2019 року) і апоплексії яєчника (з 6,0 % до 7,2 % відповідно).

В результаті досліджень встановлено, що більшість випадків перебігу основного захворювання ускладнювалися рядом обтяжуючих

чинників [90, 197]. Анемія реєструвалася у 43,0 % жінок, геморагічний шок – в 13,7 %, перитубарна гематома спостерігалася в 4,2 % спостереженнях.

Всі 131 (100 %) хвора з ВК були прооперовані в екстреному і (або) плановому порядку.

При аналізі видів і типів операцій у пацієток з ВК відмічене переважання більш ніж в 3 рази кількості абдомінальних і вагінальних операцій над ендоскопічними, а також високий рівень хірургічної агресії, яка полягає в тому, що на одну пацієтку, яка оперується з приводу патології, що розглядається, доводилася 1,9 операцій.

Аналіз структури абдомінальних і вагінальних операцій показав, що в 62,0 % випадків виконувалася сальпінгектомія; у 21,7 % – резекція яєчника; аднексектомія і ушивання яєчника склали по 3,0 % в кожному випадку. Сальпінготомія і сальпінгооваріолізіс були виконані у 12,2 % пацієток, ушивання матки з приводу її перфорації, видалення рудиментарного рогу з плодовим яйцем і енуклеація кісти яєчника при її розриві, відмічені менш ніж в одному відсотку випадків в кожній нозології, відповідно.

З допоміжних операцій високу питому вагу склали дренажування черевної порожнини (13,0 %) і стерилізація (15,6 % випадків). Вишкрібання стінок матки, як діагностична операція, виконана у 4,9 % жінок і апендектомія – в 2,2 %.

При ендоскопічному способі оперативного лікування операцією, що найчастіше виконується, була сальпінгектомія (9,9 %); сальпінготомія (8,0 %) і коагуляція яєчника (6,0 %) Енуклеація кісти яєчника і оваріотомія склали відповідно 2,2 % і 1,5 % випадків. З допоміжних операцій була виконана діагностична і оперативна гістероскопія менш ніж в одному відсотку спостережень (0,8 %). У динаміці п'ятирічного моніторингу відмічено зростання абдомінальних операцій за рахунок

сальпінгектомії з 11,8 до 12,2 %; ушивання яєчника при його апоплексії – з 0,8 до 2,2 % і дренивання черевної порожнини – з 1,5 до 4,5 %. Серед ендоскопічних операцій збільшилося число таких оперативних втручань як енуклеація кісти яєчника, сальпінготомія і сальпінгектомія.

У прооперованих 131 хворі з ВК в 23,9 % випадків діагностувались післяопераційні ускладнення, серед яких найчастіше зустрічались інфільтрат а області оперованих придатків матки (9,9 %) і оофорит в 8,7 % випадків. Інфільтрація шва і нагноєння післяопераційної рани складала, відповідно, 2,2 і 2,9 %.

Отже, для пацієнок, оперованих з приводу ВК, не були характерні масивні крововтрати, пов'язані з серйозними дефіцитами об'єму циркулюючої крові. Заслуговує на увагу і той факт, що, згідно приведеним показникам одужання і результатів лікування у хворих з ВК, одужання пацієнок було відмічене в 100 % випадках. При цьому середній койко-день за 5-річний період часу склав $9,7 \pm 0,6$ дні і було відмічено деяке зниження середньої тривалості перебування хворих в стаціонарі – з $9,5 \pm 0,4$ в 2015 до $8,5 \pm 0,5$ – в 2019 році ($p < 0,05$).

За період з 2015 по 2019 рр. нами було зареєстровано і проаналізовано 39 випадків ПКПВГ (матки і яєчників). При цьому, середній вік пацієнок з ПКПВГ склав $41,4 \pm 0,5$ року, а в динаміці п'ятирічного спостереження відмічено збільшення віку хворих жінок з $43,3 \pm 0,4$ року до $45,3 \pm 0,3$ року ($p > 0,05$).

Аналіз нозологічних форм в даній підгрупі хворих показав, що основну масу пацієнок склали жінки з порушенням кровопостачання міоматозних вузлів, а з них найбільший відсоток відмічений серед хворих з дегенеративними змінами міоматозних вузлів (43,6 % випадків); некрозом міоматозного вузла (19,2 %) та його ішемією (14,6 %). На другому місці по частоті зустрічання (20,5 %) виявився перекрут ніжки кісти яєчника і крововилив в кісту яєчника, що склали 5,1 %

спостережень. У динаміці п'ятирічного моніторингу зафіксовано збільшення зустрічання хворих з некрозом міоматозних вузлів з 16,7 % в 2015 році до 22,8 % випадків в 2019 році, а також випадків перекруту ніжки кісти яєчника, збільшених більш ніж в 4 рази.

В більшості випадків дана патологія мала ускладнений перебіг захворювання, що виявлялося токсичною анемією в 34,6 % випадків, порушенням менструального циклу – в 32,0 %; пельвіоперитонітом – в 15,4 %; перфорацією пухлини – в 3,8 %; перитонітом і параметритом – в 2,6 % спостережень, а також ендометритом і поліорганною недостатністю (по 2,6 % випадку, відповідно). Характерно, що зростання випадків ускладненого перебігу захворювання було відмічене практично по всіх названих видах ускладнень, що співпадає з даними літератури [111, 200].

Розглядаючи тактику ведення пацієток з ПКПВГ, нами встановлено, що 97,4 % хворих були оперовані. Одній пацієтці (2,6 %) у зв'язку з явищами поліорганної недостатності проводилася інтенсивна реанімаційна терапія і вона була прооперована пізніше.

Слід зазначити, що за даними ретроспективного аналізу, у всіх підгрупах хворих у ряді випадків (22,1 %) вичікувальна тактика призводила до прогресу і обважнювала захворювання і розвиток ускладнень, а частота діагностичних помилок на догоспітальному етапі у пацієток обстежених підгруп варіювала від 14,5 до 34,6 %, склавши, в середньому, 24,6 %.

При аналізі результатів хірургічного лікування пацієток з ПКПВГ встановлено переважання абдомінальних і вагінальних операцій над ендоскопічними в 11,5 разу. При цьому, зі всіх видів виконаних операцій в даній групі хворих на одну пацієтку доводилося 1,4 операцій, що говорить про високий ступінь хірургічної агресії в даній підгрупі оперованих хворих, що заслуговує особливої уваги у сучасній літературі.

З операцій, виконаних абдомінальним і вагінальним доступами, найчастіше виконуваною операцією з'явилася надпівхова ампутація і екстирпація матки, що склали, відповідно, 37,7 і 23,3 %; а також вишкрібання стінок матки (16,4 %) Аднексектомія виконувалася в 11,7 % спостережень; сальпінгектомія – в 7,8 % і міомектомія, виконана вагінальним доступом – в 20,1 % випадків. Резекція яєчника була виконана в 3,8 % хворих.

З допоміжних операцій виконувалися: дренажування – в 5,2 % випадків; апендектомія – в 3,8 %; операції на товстому і тонкому кишечнику – в 2,6 і 2,6 % хворих, відповідно. Інші операції, що склали 13 %, являлись, як правило, супутніми. З операцій, виконаних ендоскопічним способом, виконувалися енуклеація кіст яєчників (у 5,2 % випадків), а так само оваріотомія і сальпінгектомія (по 2,6 % випадку в кожному виді оперативного посібника). З допоміжних видів операцій, виконаних ендоскопічним способом, відмічені сальпінгооваріолізіс, сальпінгостомія і діагностична гістероскопія в 2,6 % випадках в кожному виді оперативного посібника. Примітно, що в динаміці п'ятирічного моніторингу в оперативному лікуванні, в підгрупі пацієток з ПКПВГ з 2015 по 2019 роки відмічено зростання на 2,6 % кількості аднексектомій, енуклеації кіст яєчника і міомектомії, виконаної вагінальним доступом і зростання на 3,9 % сальпінгектомій. Виконання надпівхової ампутації матки збільшилось на 2,6 % випадків. З допоміжних операцій відмічено зростання апендектомії на 2,6 % випадків, а також операцій на товстому кишечнику і дренажних операцій (на 2,6 % в кожному типі операцій).

Ендоскопічні операції у пацієток з даною патологією виконувалися украй рідко і будь-якої динаміки в зміні числа і структури даних операцій ми не встановили.

У 23,4 % оперованих пацієток з даною патологією в післяопераційному періоді відмічені різні ускладнення. Так, параметрит

реєструвався в 14,3 %; нагноєння і інфільтрація післяопераційної рани – в 5,2 і в 2,6 %, відповідно, тромбофлебіт в 2,6 % хворих. У динаміці п'ятирічного періоду часу відмічено зростання випадків параметриту в 3,3 разу, а в загальній популяції жінок цієї підгрупи зростання ускладнень в 2,3 разу.

Отже, висока частота захворюваності, ускладнена перебігом розглянутих нозологій і післяопераційних ускладнень, тривалість перебування хворих в стаціонарі і масивні об'єми медикаментозної терапії послужили передумовою для апробації і вживання нових ендоскопічних методів лікування у пацієнок з гострими гінекологічними захворюваннями, направлених на підвищення якості надання медичної допомоги.

Для оцінки ефективності удосконаленого нами алгоритму були використані клініко-лабораторні критерії, розроблені з врахуванням нозологічної форми і тяжкості перебігу основного захворювання. Разом з цим, з метою об'єктивної оцінки клінічної симптоматики і динаміки перебігу патологічного процесу на тлі різних методів лікування нами враховувалися загальний стан, температура тіла і тривалість гарячкового періоду, вираженість і доба купіювання больового синдрому, частота і об'єми гемотрансфузії, наявність і характер ускладнень в ході лікування. Крім того, аналізувалися тривалість післяопераційного періоду і тривалість перебування хворих в стаціонарі.

У жінок із ЗЗОМТ встановлено, що від 56 % (підгрупа 1.1) до 70 % хворих (підгрупа 1.2), причому кожна четверта жінка в екстреному порядку, оперовано в перших 6 годин з моменту вступу до стаціонару. Близько 80 % хворих оперовані відстрочено, що було зв'язане, більш ніж в половині випадків, з необхідністю проведення дезінтоксикаційної терапії і підготовкою хворої до майбутнього оперативного лікування, що також зазначається у сучасній літературі [131, 204].

Дані хірургічного лікування хворих різних підгруп свідчать, що кількість ендоскопічних операцій було вище в підгрупі 1.1 (68 %) порівняно з підгрупою 1.2 (40 %); лапаротомних – відповідно 32 та 60 %.

При аналізі обсягу виконаних оперативних втручань слід відзначити, що в обох підгрупах переважали аднексектомія 42 і 38 % та сальпінгектомія – 26 і 28 % відповідно. Поряд з цим, надпихвова ампутація і екстирпація матки виконувалися рідше – 12 і 14 %; 10 та 12 % відповідно. Частота консервативної міомектомії складала 10 % в підгрупі 1.1 та 8 % – в підгрупі 1.2 відповідно.

Аналіз отриманих даних дозволив встановити, що в групі 1 пацієнток із ЗЗОМТ тривалість больового синдрому в підгрупі 1.2 склала $12,7 \pm 0,5$ доби, тоді як в підгрупі 1.1 даний показник був достовірно менше – $7,1 \pm 0,3$ доби ($p < 0,05$).

Максимальний підйом температури в ході лікування і в післяопераційному періоді у пацієнток підгрупи 1.2 склав $38,0 \pm 0,08$ °C, що було достовірне вище, ніж в підгрупі 1.1 ($37,6 \pm 0,04$ °C; $p < 0,05$). Аналогічна залежність спостерігалася і відносно доби нормалізації температури тіла – $7,4 \pm 0,6$ і $4,7 \pm 0,4$ доби відповідно ($p < 0,05$).

Неодмінним критерієм ефективності оптимального ведення хворих була наявність і характер ускладнень, що виникають в ході лікування [9, 218]. Так, число пацієнток підгрупи 1.1 з різними ускладненнями, що виникли при веденні післяопераційного періоду склало 6 жінок (12 %), а в підгрупі 1.2 – 12 (24 %) ($p < 0,05$), в 2 рази нижче. Аналізуючи якісний склад ускладнень нами було встановлено, що використання удосконаленого нами алгоритму дозволило більш ніж в 4 рази знизити частоту виникнення ранової інфекції, в 2,7 разу ендометриту і в 2 рази параметриту. У оперованих хворих тривалість післяопераційного періоду в підгрупі 1.2 склала $15,6 \pm 0,9$ доби, а в 1.1 була достовірно менше – $10,7 \pm 0,5$ доби ($p < 0,05$).

У підгрупі 1.1 в ході лікування больовий синдром купірувався на $6,5 \pm 0,6$ доби, а частота ускладнень склала 2 % (в одній хворій). У підгрупі 1.2 больовий синдром купірувався на $11,8 \pm 1,1$ доби ($p < 0,05$), а частота ускладнень, що виникли в ході лікування анемії, склала 6 % (в тих хворих).

Доба купірування післяопераційного болю в підгрупі 1.1 була достовірно менше і склала $7,2 \pm 0,7$, а в 1.2 – $15,1 \pm 1,6$ доби ($p < 0,05$). Тривалість післяопераційного періоду в пацієток підгрупи 1.1 також була достовірно менше, ніж у жінок підгрупи 1.2 – $9,2 \pm 0,9$ і $17,2 \pm 1,4$ доби, відповідно ($p < 0,05$). Це відносилось і до тривалості перебування хворих в стаціонарі.

Отже, вживання удосконаленого алгоритму діагностичних та лікувально-профілактичних заходів у пацієток з невідкладними станами, зумовленими ЗЗОМТ, сприятливо впливало на перебіг захворювання і дозволило їх рекомендувати до широкому використанню в клінічній практиці.

У жінок із МК, від 86 % підгрупи 2.2 і 94 % в 2.1 піддавалися оперативному лікуванню, причому більше 40 % були оперовані в екстремному порядку, а близько 60 % – відстрочено. При цьому, відстроченість оперативного лікування в 26 % хворих пов'язана з проведенням медикаментозної корекції волемічних порушень і анемії, а в 28 % – із задовільним станом хворої і необхідністю планового дообстеження. Разом з цим, 6 % жінок підгрупи 2.1 і 14 % обмежувалися консервативною терапією.

Тривалість передопераційної підготовки склала, в середньому, $1,9 \pm 0,1$ доби, в підгрупі 2.1 і $2,0 \pm 0,1$ доби в підгрупі 2.2 ($p > 0,05$) і визначалася суто індивідуально залежно від тяжкості стану хворої, вираженості кровотечі і гемодинамічних порушень, а також від наявності супутніх ускладнень, в основному, анемії [14, 222].

Результати досліджень показали, що кількість операцій, виконаних ендоскопічно було вище в підгрупі 2.1 – 78 % проти 22 % – в підгрупі 2.2.

Найчастішою операцією, що виконується у хворих з даною патологією, було лікувально-діагностичне вишкрібання стінок матки, що склало 48 % в підгрупі 2.1 і 66 % в – в підгрупі 2.2 відповідно. Наступними по частоті зустрічання в порівнюваних підгрупах були надпівхова ампутація матки (54 і 36 %) і екстирпація матки (8 і 10 % відповідно). В протилежність цьому, низький відсоток зустрічання було характерно для міомектомії, виконаної при міоматозних вузлах, що народжуються – по 8 %; а також резекції яєчників – по 2 % і енуклеації кіст яєчників – по 2 %, як супутніх операцій в порівнюваних підгрупах жінок.

Неодмінним критерієм ефективності оптимального ведення хворих і, особливо в післяопераційному періоді, є наявність та характер виникаючих в ході лікування ускладнень [20, 224].

Так, число оперованих хворих, в яких в післяопераційному періоді не було відмічено ускладнень, в підгрупі 2.1 склало 88 %, а в підгрупі 2.2 – 78,0 % відповідно. При цьому кількість ускладнень у пацієнток підгрупи 2.1 в 1,8 разу менше, ніж у пацієнток підгрупи 2.2 – 12 проти 22,0 %.

Таким чином, для хворих, що оперуються з приводу МК, був характерний високий відсоток післяопераційних ускладнень, представлених, в основному, гнійно-запальними процесами, серед яких переважали параметрит, тромбофлебіт, ендометрит і ранова інфекція.

Порівняльний аналіз ефективності використання удосконаленого нами алгоритму діагностичних та лікувально-профілактичних заходів виявив достовірні відмінності показників, що вивчаються, лише відносно термінів купірування больового синдрому в післяопераційному

періоді, яке наступало достовірно раніше у пацієток підгрупи 2.1, чим в підгрупі 2.2 – $5,7 \pm 0,4$ і $7,3 \pm 0,7$ доби, відповідно ($p < 0,05$).

Отже, використання запропонованої тактики в лікуванні пацієток з МК перед традиційним веденням і лікуванням хворих показало переваги знов запропонованих методів лікування і дозволило їх рекомендувати до широкого клінічного використання.

Серед різних причин ВК, найбільше число пацієток було з ектопічною вагітністю (68 % в підгрупі 3.1 і 76 % – в підгрупі 3.2) і з апоплексією яєчника (30 і 24 % відповідно).

Дані хірургічного лікування хворих свідчать, що кількість ендоскопічних операцій значно перевищувала число лапаротомних в підгрупі 3.1 (82 та 18 %) в порівнянні із підгрупою 3.2 (63 та 37 %) відповідно.

При оперативному втручанні частіше виконували тубектомію (48 та 50 %); резекцію та ушивання яєчника (30 та 28 %); усі інші варіанти (аднексектомія; сальпінгооваріолізіс та туботомія) мали місце в 22 % випадків в кожній підгрупі.

Аналіз ефективності лікування в порівнюваних підгрупах хворих, оперованих з приводу ВК, показав, що при використанні традиційного лікування перед удосконаленим нами алгоритмом нами не було отримано достовірних відмінностей. В той же час, больова реакція в післяопераційному періоді продовжувалася достовірно довше у жінок підгрупи 3.2, де вона складала $7,1 \pm 0,3$ доби проти $5,1 \pm 0,3$ доби ($p < 0,05$) при використанні удосконаленого нами алгоритму.

Неодмінним критерієм ефективності оптимального ведення пацієток є наявність і характер ускладнень, що виникають в ході лікування [25, 228]. Аналіз післяопераційних ускладнень в порівнюваних підгрупах оперованих хворих показав, що частота післяопераційних ускладнень в підгрупі 3.1 склала 2 %, а в 3.2 – 16 % відповідно, причому

в підгрупі 3.1 відмічено лише одне ускладнення (тромбофлебіт), а в підгрупі 3.2 їх було 8 (інфільтрат в області оперованих придатків, ранова інфекція).

Отже, для післяопераційного періоду у жінок, оперованих з приводу ВК, був характерний високий відсоток гнійно-запальних післяопераційних ускладнень. При цьому використання удосконаленого нами алгоритму призводило до значного зниження частоти ускладнень.

Нами встановлено, що в групі хворих з ПКПВГ близько 80 % пацієнок було прооперовано відстрочено і 20 % – в екстреному порядку. У свою чергу, відстрочене оперативного лікування було пов'язано із задовільним станом хворому відсутністю перитонеальних явищ і стертими клінічними проявами захворювання, що потребують дообстеження пацієнтки, а в 20 % випадках – необхідністю медикаментозної підготовки жінки до майбутнього оперативного лікування.

При аналізі оперативного лікування у пацієнок в різних підгруп звертає на себе увагу переважання ендоскопічних операцій в підгрупі 4.1 (88 %) порівняно із 4.2 (48 %). Рівень абдомінальних операцій складав 12 % та 52 % відповідно.

При цьому, найчастіше виконувалася субтотальна гістеректомія (52 % і 48 %) і аднексектомія (по 28 % відповідно). Водночас з перерахованими операціями, міомектомія з приводу дегенерації міоматозного вузла виконана в 20 % підгрупи 4.1 і в 24 % – 4.2 відповідно.

Динаміка клінічної симптоматики при лікуванні пацієнок з ПКПВГ проаналізована нами на фоні застосування удосконаленого нами алгоритму. В ході аналізу удалося встановити, що поєднане використання направленої метаболічної та імунологічної корекції не дало достовірно значимих результатів, порівняно з традиційною терапією. Виняток становила доба купірування післяопераційного болю, що склав $6,9 \pm 0,7$ доби для пацієнок підгрупи 1.1 і $9,9 \pm 0,6$ доби – для 1.2 ($p < 0,05$).

Аналіз післяопераційних ускладнень в порівнюваних підгрупах пацієнок з ПКПВГ показав, що серед спостережуваних жінок підгрупи 4.1 ускладнення відмічені у 2 (8 %) пацієнок, а в 4.2 – в 4 (16 %). Без ускладнень проведено в 92 та 84 % хворих. Сумарно, різниця склала в 2 рази нижче при використанні удосконаленого нами алгоритму.

Аналізуючи склад ускладнень удалося встановити, що параметрит в підгрупі 4.1 виникав в 4 % випадків, а в 4.2 – в 12 %; якщо інфільтрація після операційної рани була по одному випадку (4 %) в кожній підгрупі.

Тобто для хворих, що оперуються з приводу ПКПВГ, був характерний високий відсоток післяопераційних ускладнень, представлених гнійно-запальними ускладненнями – параметритом і рановою інфекцією, які були в 2 рази вище при використанні загальноприйнятих діагностичних та лікувально-профілактичних заходів.

Отже, використання удосконаленого нами алгоритму в жінок із ургентною генітальною патологією дозволяє збільшити кількість ендоскопічних оперативних втручань с 64 (36,6 %) до 155 (88,6 %), що, у свою чергу дозволило покращити результати оперативного лікування, операційної крововтрати (на 21,4 %); знизити частоту післяопераційних гнійно-запальних ускладнень (з 20,6 до 9,7 %) та постгеморагічної анемії (з 29,1 до 14,9 %). Це дає нам право рекомендувати його для впровадження в практичну охорону здоров'я.

ВИСНОВКИ

У дисертації наведено теоретичне узагальнення і запропоновано нове вирішення актуального наукового завдання сучасної гінекології щодо підвищення ефективності оперативного лікування ургентної генітальної патології на підставі вивчення клініко-лабораторних досліджень, а також удосконалення алгоритму діагностичних та лікувально-профілактичних заходів.

1. Дані сучасної літератури свідчать про високу частоту післяопераційних ускладнень у жінок із ургентною генітальною патологією та недостатню ефективність діагностичних та лікувально-профілактичних заходів.

2. Факторами ризику ургентної генітальної патології були:

- медичні та артіфіціальні аборти в анамнезі – 58 %;
- запальні захворювання органів малого тазу – 54 %;
- лікувальні та діагностичні вишкрібання стінок та порожнини матки – 28 %;
- абдомінальні та ендоскопічні операції на матки та придатках – 26 %.

3. У структурі ургентної генітальної патології зустрічалися ускладнені форми запальних захворювань органів малого тазу – 41,4 %; маткові кровотечі – 31,6 %; внутрішньочеревні кровотечі – 20 % та порушення кровообігу пухлин внутрішніх геніталій – 6,2 %.

4. Провідними нозологічними формами запальних захворювань органів малого тазу були: піосальпінкс/піоваріум – 38,1 %; ускладнений (пельвіоперитоніт) гострий сальпіногоофоріт – 37,9 %; гострий ендометрит – 12,4 %; септичний аборт – 3,4 % та інші форми (перитоніт, параметрит, нагноєння кіст яєчника) – 8,2 % відповідно. При цьому, провідними оперативними втручаннями були аднексектомія (30,1 %);

сальпінгоектомія (29,7 %); дренування черевної порожнини (23,8 %); субтотальна (8,7 %) та тотальна гістеректомія (7,7 %).

5. У жінок із матковими кровотечами провідними нозологічними формами були гіперпластичні процеси ендометрія – 45,7 %; міома матки – 43, % та аденоміоз – 10,6 %. У структурі оперативних втручань переважає вишкрібання стінок та порожнини матки – 66,3 % порівняно із субтотальною (13,7 %) та тотальною гістеректомією (9,6 %); міомектомією (64) та іншими (аднекс- та сальпінгоектомія) – 4,4 % відповідно.

6. Серед провідних нозологічних форм при внутрішньочеревних кровотечах основне місце займала позаматкова вагітність (68,1 %) порівняно із апоплексією (22,2 %); розривами кіст яєчників (9,1 %) та іншими (0,6 %). Серед різних оперативних втручань переважали сальпінгоектомія (62 %); резекція та ушивання яєчника (21,3 %); сальпінготомія та сальпінгооваріолізіс (12,2 %) та інші (4,1 %).

7. Порушення кровообігу пухлин внутрішніх геніталій виникали частіше на фоні дегенеративних змін міоматозних вузлів (77,4 %); перекрута ніжки кіст яєчників (20,5 %) та крововиливів кіст яєчників (5,1 %). Серед різних варіантів оперативних втручань переважали субтотальна (37,1 %) та тотальна гістеректомія (23,3 %) порівняно із міомектомією (20,1 %) та аднексектомією (11,7 %).

8. Використання удосконаленого нами алгоритму в жінок із ургентною генітальною патологією дозволило збільшити кількість ендоскопічних оперативних втручань з 64 (36,6 %) до 155 (88,6 %), що, у свою чергу, дозволило покращити результати оперативного лікування, операційної крововтрати (на 21,4 %); знизити частоту післяопераційних гнійно-запальних ускладнень (з 20,6 до 9,7 %) та постгеморагічної анемії (з 29,1 до 14,9 %).

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

З метою підвищення ефективності оперативного лікування ургентної генітальної патології необхідно використовувати наступні моменти:

- ендоскопічні методи дослідження та лікування (гістеро- та лапароскопія);

- до- та післяопераційні лікувально-профілактичні заходи із використанням направленої імунологічної та метаболічної корекції.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Агеев МБ, Сидорова ИС. Возможности магнитно-резонансной томографии в дифференциальной диагностике различных типов миомы матки. Архив акушерства и гинекологии им. В.Ф. Снегирева. 2016;3(2):50-2.
2. Адамян ЛВ, Зайратьянц ОВ, Манухин ИБ, Тихомиров АЛ, Сонова ММ, Опаленов КВ, Алиева ТД. Подавление ангиогенеза и продукции факторов роста в сочетании с индукцией активности металлопротеиназ в лейомиомах матки после курса терапии улипристалом. Проблемы репродукции. 2014;4:28-33.
3. Адамян ЛВ, Киселев СИ, Зурабиани ЗР. Лапароскопия и гистерорезектоскопия в хирургическом лечении миомы матки у женщин детородного возраста. Акушерство и гинекология. 2012;3:40-4.
4. Алексеева НЮ, Дымников ДА, Соловьев ИА, Калюжин ОВ. От теории к практике: иммунотерапия гнойно-воспалительных заболеваний и гнойно-септических осложнений. Известия Российской военно-медицинской академии. 2021;40(3):19-26.
5. Антоненко ИВ. Патогенетические аспекты лечения воспалительных заболеваний внутренних женских половых органов на современном этапе. Репродуктивная эндокринология. 2016;30:70-2.
6. Бабкіна ТМ, Волік НК. Ехографічні та доплерометричні дослідження в акушерстві та гінекології. Здоровье женщины. 2017;3:56-62.
7. Бабкіна ТМ. Ехографічні методи дослідження в акушерстві та гінекології. Медичний альманах. 2015;4:98-101.
8. Багдасарян АР, Саркисов СЭ. Перфорация матки во время гистероскопии. Опухоли женской репродуктивной системы. 2014;1:85-90.
9. Бенюк ВО, Гончаренко ВМ, Никонюк ТР. Сучасні детермінанти патогенезу гіперпластичних процесів ендометрія. Здоровье женщины. 2016;5:137-42.

10. Біловол ОМ, Кравчун ПГ, Бабаджан ВД, Кузнецова ЛВ. Клінічна імунологія та алергологія. Харків: «Гриф»; 2011. 550 с.
11. Бойко АВ. Мікробіологічні особливості запальних захворювань яєчників та маткових труб. Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П. Л. Шупика. 2018;31(2):78-83.
12. Бойко АВ. Современные аспекты эхографической диагностики новообразований яичников во время беременности. Семейная медицина. 2019;5(6):39-42.
13. Бойко АВ. Сучасні аспекти розвитку кіст та доброякісних пухлин яєчників у жінок репродуктивного віку. В: Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П. Л. Шупика: тези матеріалів науково-практичного семінару в форматі телемосту «Клінічні рекомендації в практиці акушера-гінеколога», 2020 берез 12, Київ-Тернопіль-Хмельницький. Київ, 2020;38:105.
14. Бойко ВІ, Калашник НВ, Бойко АВ. Сучасні аспекти розвитку кіст та доброякісних пухлин яєчників у жінок репродуктивного віку: Навчальний посібник. Суми, 2019. 267 с.
15. Буралкина НА, Каткова АС, Арутюнова ЕЭ, Жорова ВЕ, Батырова ЗК, Власова ГА. Воспалительные заболевания органов малого таза: патогенетические аспекты, диагностика, клиника, лечение (обзор литературы). Гинекология. 2018; 20(3):12-5.
16. Бурка ОА, Тутченко ТМ, Педаченко НЮ, Кудлай ОМ. Сучасні підходи до вибору антибактеріальних препаратів при запальних процесах тазових органів: роль інноваційних мікробіологічних методів огляд літератури. Репродуктивна ендокринологія. 2020;1(51):25-31.
17. Васильченко НП, Фириченко ВН. Лечение больных миомой матки и его эффективность. Акушерство и гинекология. 2013;2:7-10.
18. Вдовиченко ЮП, Волошин ОА. Діагностика і профілактика ускладнень при лапароскопічних гінекологічних операціях. Здоровье женщины. 2015;4:72-5.

19. Вдовиченко ЮП, Голяновський ОВ, Лопушан ІВ. Лейоміома матки: етіопатогенез, діагностика, профілактика, лікування. Здоров'є жінчини. 2012;3(69):52-61.
20. Венцківський БМ, редактор. Невідкладні стани в акушерстві та гінекології (довідник). Київ: РА Гармонія, 2017. 167 с.
21. Вереснюк НС. Роль магнітно-резонансної томографії в діагностиці аномалій розвитку статевих органів у жінок. Вісник Вінницького національного медичного університету. 2017;1(2):326-9.
22. Веропотвелян ПМ, Цехмістренко ІС, Веропотвелян МП, Журавльова СА. Профілактика спайкоутворення при гінекологічних операціях на органах малого таза. Медичні аспекти здоров'я жінки. 2015;9(95):63-70.
23. Веропотвелян ПН, Веропотвелян НП, Цехмістренко ІС, Бондаренко АА. Современное представление о миоме матки и ее лечении. Здоров'є жінчини. 2016;7:16-22.
24. Веропотвелян ПН. Репродуктивное здоров'є жінчини – одна из важнейших проблем государства. Медицинские аспекты здоров'я жінчини. 2017;3:34-46.
25. Верок ЮВ, Солнцева АВ. Диагностика и лечение синдрома поликистозных яичников у подростков. Репродуктивное здоров'є. Восточная Европа. 2021;11(1):41-9.
26. Виноградова ОП, Бирючкова ОА, Коршунов ГВ, Подымкина АВ. Диагностика степени тяжести воспалительных заболеваний органов малого таза по маркерам гемостаза и воспаления. Современные исследования социальных проблем (электронный научный журнал). Modern Research of Social Problems. 2014;9:41-9.
27. Виноградова ОП, Селихова МС, Вдовин СВ, Кузнецова МН. Некоторые показатели антиоксидантной защиты при сальпингоофоритах. Вестник ВолгГМУ. 2013;3(47):17-21.
28. Вишне夫斯基 АС. Гиперпластический синдром в гинекологии: монография. Москва: ГЭОТАР-Медиа; 2018. 192 с.

29. Вітюк АД. Синдром гіперстимуляції яєчників: прогнозування, діагностика та оптимізація лікування [автореферат]. Київ: Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика: 2016. 37 с.

30. Вовк ІБ, Чубей ГВ, Кондратюк ВК, Подоляка ДВ. Пухлиноподібні ураження яєчників: етіологія, патогенез, діагностика та лікування. Здоровье женщины. 2013;2:112-8.

31. Волчегорский ИА, Правдин ЕВ, Узлова ТВ. Особенности инфекционно-воспалительного процесса при обострениях хронического эндометрита/сальпингоофорита в зависимости от ранее перенесенных инфекций, передаваемых половым путем. Российский вестник акушера-гинеколога. 2014;6:75-9.

32. Воротникова СЮ, Дзеранова Л, Станоевич ИВ, Пигарова ЕА. Особенности гормональной регуляции менструальной функции у пациенток репродуктивного возраста с акромегалией. Ожирение и метаболизм. 2018;15(4):59-64.

33. Герасимова Т В. Оптимізація діагностики та лікування функціональних кіст яєчників. Медицинские аспекты здоровья женщины. 2014;80:65-73.

34. Гладчук ІЗ, Ліщиновська ТО, Назаренко ОЯ. Особливості жовтого тіла при апоплексії яєчника з мінімальною та помірною внутрішньочеревною кровотечею. Буковинський медичний вісник. 2010;1(53):131-4.

35. Гладчук ІЗ, Назаренко ОЯ, Димитрова НА. Характеристика контамінації умовно-патогенною мікрофлорою статевих шляхів у жінок з апоплексією яєчника. Клінічна та експериментальна патологія. 2012;3(41, ч. 2):34-9.

36. Глобальная стратегия охраны здоровья женщин, детей и подростков (2016–2030 гг.): выживать, процветать, менять. 101 с. <http://globalstrategy.everywomaneverychild.org>

37. Гнатко ОП, Скурятіна НГ. Особливості імунно-гормонального та мікробіологічного статусу у жінок з різними морфологічними формами

поліпів ендометрія. Таврический медико-биологический вестник. 2012;15(2):60-3.

38. Голік ОМ, Петренко ЄВ, Грушко ЮВ, Грек ЛП. Запальні захворювання придатків матки. Клініка, діагностика, лікування. Збірник наукових робіт матеріали ХІХ наукової конференції студентів та молодих вчених «Новини і перспективи медичної науки». 2019:10-2.

39. Голяновський ОВ. Кровотечі в практиці акушера-гінеколога. Навчальний посібник. Київ: ТОВ «Поліпрінт»; 2013. 240 с.

40. Гопчук ЕН, Герасимова ТВ. Менструальный цикл и его связь с системным воспалением. Здоровье женщины. 2016;3(109):99-102.

41. Гречканев Г, Мотовилова Т, Гаревская Ю, Чурикова М. Антиоксидантная терапия – важнейший компонент патогенетического лечения воспалительных заболеваний. Врач. 2015;3:54-9.

42. Давыдова НИ, Эллиниди АН, Дрыгина ЛБ, Михнина ЕА. Показатели системного иммунного ответа у женщин с хроническим сальпингоофоритом хламидийной и нехламидийной этиологии. Журнал акушерства и женских болезней. 2013;LXI(1):55-61.

43. Державний експертний центр МОЗ України. Тактика ведення пацієнок з ендометріозом. Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах. 2016. 118 с.

44. Дехтярев ЮП, Нечипорук ВИ, Мироненко СА. Место и роль дистанционной инфракрасной термографии среди современных диагностических методов. Электроника и связь. Тематический выпуск «Электроника и нанотехнологии». 2010;2:192-6.

45. Доброхотова ЮЭ, Бондаренко КР, Дворников АС. Современные представления о воспалительных процессах органов малого таза. Гинекология. 2016;18(3):4-8.

46. Доброхотова ЮЭ, Ганковская ЛН, Боровкова ЕИ, Зайдиева ЗС, Скальная ВС. Модулирование локальной экспрессии факторов врожден-

ного иммунитета у пациенток с хроническим эндометритом и бесплодием. *Акушерство и гинекология*. 2019;5:125-32.

47. Домбровский ВИ, Берлим ЮД, Черкасов МФ, Черкасов ДМ. Лучевая диагностика гигантской миомы матки. *Российский электронный журнал лучевой диагностики*. 2015;5(3):74-89.

48. Дубоссарская ЗМ, Грек ЛП. Роль про- и противовоспалительных цитокинов в возникновении синдрома хронической тазовой боли у пациенток с воспалительными процессами органов малого таза. *Репродуктивное здоровье. Восточная Европа*. 2016;3:322-30.

49. Дубоссарська ЮО, Пузій ОМ, Губар ІО. Клініко-гормональні особливості та оваріальний резерв у жінок з доброякісними утвореннями яєчників. *Збірник наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України*. 2016;2 (38):183-8.

50. Дубчак АЄ, Мілевський ОВ, Обейд НМ. Репродуктивне здоров'я жінок з безплідністю, яким проведено органозберігаюче хірургічне лікування на придатках матки. *Збірник наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України*. 2018;1(41):63-9.

51. Дудченко МА. Дифференціальна діагностика острого живота и псевдоабдоминального синдрому и тактика их лечения. *Вісник проблем біології і медицини*. 2012;1(4):107-10.

52. Дужий ІД, Кравець ОВ, Пятикоп СМ. Динаміка клініко-лабораторних показників ендогенної інтоксикації у хворих з поширеним перитонітом. *Вісник Української медичної стоматологічної академії*. 2013;13(1):93-5.

53. Духанина ІВ, Багателія ЗА. Анализ потока ургентных хирургических больных с заболеваниями органов брюшной полости. *Фундаментальные исследования*. 2015;1(5):938-40.

54. Духин АО, Любешкина ВА, Тараскина ЕВ. Хронические воспалительные заболевания органов малого таза: контрверсии сегодняшнего дня. *Вестник РУДН, серия Медицина*. 2013;5:201-9.

55. Ежова АВ. Актуальні аспекти патології яєчників у пубертатному періоді. Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П. Л. Шупика. 2016;27(2):108-13.

56. Жарких АВ, Круть ЮЯ, Сюсюка ВГ, Панасюк ДВ. Невідкладні стани в акушерстві та гінекології. Запоріжжя: ЗДМУ, 2016. 105 с.

57. Жегулович ВГ, Семенюк ЛМ, Бурка ОА, Жегулович ЮВ. Альтернативне лікування неспецифічних запальних процесів репродуктивної системи жінок в сучасних умовах. Труды Крымского государственного медицинского университета имени С.И. Георгиевского. 2008;144(4):281-3.

58. Жегулович ВГ, Семенюк ЛМ, Бурка ОА., Жегулович ЮВ. Використання медичного озону в комплексі реабілітаційної терапії після органо-зبریгаючих лапароскопічних оперативних втручань з приводу гнійно-запальних процесів у жінок фертильного віку. Труды Крымского государственного медицинского университета им. С.И. Георгиевского. 2007;143(3):271-2.

59. Жегулович ВГ, Семенюк ЛН, Жегулович ЮВ. Эндоскопическое лечение воспалительных заболеваний придатков матки у женщин с бесплодием. Журнал акушерства и женских болезней : Международный научный конгресс «Новые технологии в акушерстве и гинекологии, Санкт-Петербург, 30 октября – 1 ноября 2007 г. : тезисы. 2007;57(Спецвыпуск 3):70.

60. Завгородний СН, Ганжий ВВ, Рылов АИ, Видеолапароскопические оперативные вмешательства в ургентной хирургии. ScienceRise. 2016;3(20):64-8.

61. Заклади охорони здоров'я та захворюваність населення України у 2017 році. Статистичний збірник / Державна служба статистики України. Київ, 2018. 109 с.

62. Запорожан ВМ, Татарчук ТФ, Камінський ВВ. Національний консенсус щодо ведення пацієток із ендометріозом. Репродуктивна ендокринологія. 2015;4 (24):7-11.

63. Запорожан ВН, Татарчук ТФ, редакторы. Альманах репродуктивного здоров'я. Київ: Трилист; 2015. 200 с.
64. Заяц ГА, Коваль ВТ. Медицинское тепловидение – современный метод функциональной диагностики. Здоровье. Медицинская экология. Наука. 2010;43(3):27-33.
65. Зварич ЛІ, Луценко НС, Шаповал ОС. Частота функціональних кіст яєчників у жінок репродуктивного віку в структурі гінекологічної патології. Сучасні медичні технології. 2015;2(3):79-83.
66. Зиганшин АМ, Мудров ВА. Оптимизация комплексной терапии воспалительных заболеваний органов малого таза у женщин. Гинекология. 2019;21(3):30-4.
67. Зозуля ІС, редактор. Медицина невідкладних станів: екстрена (швидка) медична допомога: підручник. Київ: ВСВ Медицина; 2017. 960 с.
68. Іщак ОМ. Віддалені наслідки оперативного лікування апоплексії яєчника. Репродуктивне здоров'я жінки. 2021;4:93-8.
69. Калинкина ОБ, Тезиков ЮВ, Тезикова ТА. Эффективность терапии пациенток с эндометриоидными кистами яичников. Аспирантский вестник Поволжья. 2016;1(2):21-6.
70. Караулов АВ, Калюжин ОВ. Сфера применения мурамилпептидов в рамках основных подходов к иммунотерапии/иммунопрофилактике инфекционных болезней. Физиология и патология иммунной системы. 2013;17(5):3-15.
71. Керівництво Королівського коледжу акушерів і гінекологів Великобританії «Діагностика та лікування позаматкової вагітності». Міжнародні рекомендації. Жіночий лікар. 2017;4(72):56-68.
72. Коган БГ, Гордеева ГД. Роль комбинированных средств в комплексном лечении воспалительных заболеваний женских половых органов смешанной этиологии. Здоровье женщины. 2014;5(91):86-90.

73. Коган ЕА, Акопова ЕО, Унанян АЛ. Бесплодие при эндометриозе: краткий очерк современных представлений. Пространство и Время. 2017;1(27):251-9.

74. Козуб МІ, Хурцилава НР, Сокіл МП, Козуб ММ, Гирман ЛІ. Сучасний погляд на проблему перекруту яєчників у жінок репродуктивног віку. Акушерство та гінекологія. 2014;4:37-40.

75. Козуб ММ, Гирман ЛІ, Сокол МП. Можливості ультразвукової діагностики в акушерстві та гінекології: навчальний посібник. Харків: ХМАПО; 2017. 52 с.

76. Козуб ММ, Козуб МІ, Медведєв МВ, Сикал ІМ, Гирман ЛІ, Сокол МП, та ін. Гострий живіт в акушерстві та гінекології. Навчально-методичний посібник для лікарів-інтернів і лікарів-слухачів закладів (факультетів) післядипломної освіти МОЗ України. Харків: ХМАПО; 2017. 136 с.

77. Козуб ММ, Козуб НІ. Репродуктивное здоровье пациенток после лапароскопического лечения трубной беременности. Таврический медико-биологический вестник. 2011;3(2):115-8.

78. Козуб ММ, Ольховська ВМ. Допоміжні репродуктивні технології у жінок із безпліддям після хірургічного лікування трубної вагітності. Міжнародний медичний журнал. 2015;4(84):42-7.

79. Козуб ММ, Прокопюк ВЮ, Козуб МІ, Прокопюк ОВ, Скибіна БП. Порівняльна характеристика різних методик оперативного лікування, профілактики спайкоутворення та післяопераційної реабілітації у щурів з моделлю трубної вагітності в експерименті. Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П. Л. Шупика. 2016;27(2):224-31.

80. Козуб МН. Особенности послеоперационного спайкообразования у пациенток с трубной беременностью. Міжнародний медичний журнал. 2016;1(85):51-6.

81. Коптюх ВІ, Якимчук ЮБ. Стан репродуктивного здоров'я жінки після оперативного чи консервативного лікування позаматкової вагітності. Збірник наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України. 2018;1(41):107-11.

82. Кудекенова СБ, Мустафина АА, Алексеева ТА, Мустафина ГГ. Патогенетические особенности профилактики гнойно-септических осложнений в акушерстве и гинекологии. Вестник новгородского государственного университета. 2015;2(85):130-2.

83. Кузнецов РЭ, Скрипченко ДВ. Воспалительные заболевания органов малого таза: состояние проблемы. Consilium Medicum. 2019;21(6):92-6. DOI: 10.26442/20751753.2019.6.190565.

84. Кузміна ЮО, Жулікова МВ. Діагностичні критерії синдрому полікістозних яєчників. Міжнародний медичний журнал. 2018;24(3):37-9.

85. Кузнецова ИВ. Внутриматочная гормональная контрацепция с гестагенами в позднем репродуктивном возрасте. Гинекология. 2014;15(6):11-5.

86. Кулезнева ЮВ, Израйлов РЕ, Лемешко ЗА. Ультразвуковое исследование в диагностике и лечении острого аппендицита. Москва: ГЭОТАР-МЕДИА; 2014. 69 с.

87. Кушнир АВ, Зуев ВВ. Ультразвуковая диагностика и компьютерная томография в диагностике острого аппендицита. Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2016;5(5):627.

88. Лазерная терапия в лечебно-реабилитационных и профилактических программах: клинические рекомендации. Москва, 2015. 68 с.

89. Лисицкая МВ, Синицын ВЕ. Роль многосрезовой компьютерной томографии в дифференциальной диагностике опухолевых и воспалительных заболеваний правой подвздошной области. Вестник рентгенологии и радиологии. 2015;2:35-41.

90. Литвак ОО, Хабрат БВ, Лисенко БМ, Хабрат АБ. Диференційне застосування малоінвазивних методів хірургічного лікування субмукозної міоми матки у жінок репродуктивного віку. Актуальні проблеми сучасної медицини. 2016;4(56):154-8.

91. Литвак ОО. Клініко-морфологічні аспекти стану репродуктивної системи пацієнок з лейоміомою матки після застосування уліпрістала ацетата в якості передопераційної підготовки. Актуальні проблеми сучасної медицини. 2016;16(2):228-33.

92. Ліхачов ВК. Гінекологія: керівництво для лікарів: підручник для студентів вищих навчальних закладів. Вінниця: Нова книга; 2018. 687 с.

93. Лялина ЕА, Баранов ШБ, Галицкая СА. Допплерометрическая оценка состояния гемодинамики в сосудистом русле матки при внематочной беременности. В: Новые технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний. Материалы XXVI Международного конгресса с курсом эндоскопии. Москва, 2013. с. 36-7.

94. Майоров МВ, Жученко СИ, Жуперкова ЕА, Черняк ОЛ. Воспалительные заболевания органов малого таза: роль комбинированной терапии. Медицинские аспекты здоровья женщины. 2017;2(107):58-64.

95. Марсагишвили ЛА. Клиническая эффективность низкоинтенсивной лазерной терапии. Лазерная медицина. 2004;8(4):45-8.

96. Матвеев АМ, Новикова ВА, Федорович ОК. Возможности сохранения и восстановления фертильности после хирургического лечения трубной беременности. Гинекология. 2016;18(2):40-3.

97. Маховский ВЗ, Аксёненко ВА, Лайпанов ИМ. Неотложные сочетанные оперативные вмешательства на органах брюшной полости и малого таза. Таврический медико-биологический вестник. 2012;15(3, ч. 2):170-2.

98. Межирова НМ, Данилова ВВ, Овчаренко СС. Патологические и диагностические аспекты синдрома системного воспалительного ответа. Медицина неотложных состояний. 2011;1(2):32-3.

99. Минцер ОП. Статистические методы исследования в научных работах. Клінічна медицина. 2013;1:27-32.

100. Минцер ОП. Статистические методы исследования при проведении научных исследований. Практическая медицина. 2016;2(36):75-82.

101. Москвин СВ. К вопросу о механизмах терапевтического действия низкоинтенсивного лазерного излучения (НИЛИ). Вестник новых медицинских технологий. 2008;1:42-5.

102. Москвин СВ. Основы лазерной терапии. Серия «Эффективная лазерная терапия». Т. 1. Москва–Тверь: ООО «Издательство «Триада»; 2014. 896 с.

103. Москвин СВ. Эффективность лазерной терапии. Серия «Эффективная лазерная терапия». Т. 2. Москва–Тверь: ООО «Издательство «Триада»; 2016. 898 с.

104. Назаренко ГИ. Лабораторные методы исследования в клинической медицине. Москва: МЕДпресс-информ; 2016. 375 с.

105. Назаренко ОЯ. Апоплексія яєчника у жінок репродуктивного віку [автореферат]. Вінниця: Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова; 2014. 37 с.

106. Національний консенсус щодо ведення пацієток з аномальними матковими кровотечами Асоціації гінекологів-ендокринологів України. Репродуктивна ендокринологія. 2015;1(21):8-12.

107. Нестеренко АН. Иммуный дистресс как патогенетически и танатогенетически значимый синдром при тяжелом сепсисе и септическом шоке: клинико-патоморфологическое обоснование ранней заместительной иммунокоррекции. Медицина неотложных состояний. 2013;6(53):94-112.

108. Островский ВК, Макаров СВ, Янголенко ДВ. Показатели крови и лейкоцитарный индекс интоксикации при оценке тяжести течения и определении прогноза воспалительных, гнойных и гнойно-деструктивных

заболеваний органов брюшной полости и легких. Ульяновский медико-биологический журнал. 2011;1:73-8.

109. Павловская ЕА, Сосин СА, Южно ЕА, Сергиеня ОА, Труфанов ГЕ. Магнитно-резонансная томография с контрастным усилением в оценке структур малого таза у женщин с лейомиомами матки при планировании эмболизации маточных артерий. Трансляционная медицина. 2017;3(5):64-74. DOI: 10.18705/2311-4495-2016-3-5-64-74

110. Паращук ЮС, Грищенко МГ, Паращук ВЮ, Сафонов РА. Оперативна гінекологія: навч. посібник. Харків: ХНМУ, 2017. 132 с.

111. Педзолкова НМ, Колода ЮА, Глазкова ОЛ. Эволюция клинических, метаболических и гормональных нарушений при синдроме поликистозных яичников: от внутриутробного периода до постменопаузы. Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2019;1:96–106.

112. Пестрикова ТЮ, Юрасов ИВ, Юрасова ЕА. Воспалительные заболевания органов малого таза: современные тренды и диагностики и терапии (обзор литературы). Гинекология. 2018;20(6):35-41.

113. Пинарина ОВ, Рашидова МА, Беленькая ЛВ, Трофимова ТА, Шолохов ЛФ. Современные представления о патогенезе синдрома поликистозных яичников. Acta Biomedica Scientifica. 2017;2(4):9-14.

114. Писарев ВВ, Львов СЕ. Гематологические показатели интоксикации при оценке тяжести течения и ранней диагностике воспалительных осложнений у больных с переломами длинных костей конечностей. Травматология и ортопедия. 2012;2(64):41-7.

115. Пікуль ЮЛ. Профілактика порушень гемостазу після ургентних лапароскопічних операцій в гінекології. Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П. Л. Шупика. 2018;31(1):125-9.

116. Пікуль ЮЛ. Роль ендоскопічних операцій в ургентній гінекології. Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П. Л. Шупика. 2017;28(3):108-13.

117. Пікуль ЮЛ. Сучасні можливості ендоскопічних операцій при ургентних станах в гінекології. В: Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П. Л. Шупика: тези матеріалів науково-практичного семінару із міжнародною участю «Міжнародні та вітчизняні стандарти надання гінекологічної допомоги», 2017 лист 21; Київ. 2017;28(3):196.

118. Пікуль ЮЛ. Ускладнення після ургентних лапароскопічних операцій в гінекології. Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П. Л. Шупика. 2018;31(2):108-16.

119. Плеш ІА, Кшановська ГІ, Хомко ОЙ, Борейко ЛД, Макарова ОВ. Сучасні можливості клінічної та лабораторної діагностики. Буковинський медичний вісник. 2014;18(1):144-7.

120. Подольский ВлВ, Подольский ВВ. Современные возможности лечения хронических воспалительных заболеваний половых органов у женщин фертильного возраста. Здоровье женщины. 2017;5(121):132-6.

121. Полянський ЮО, Андрієць ВВ, Максим'юк ВВ. Нові підходи до лікування гострого перитоніту. Харківська хірургічна школа. 2010;3(41):61-3.

122. Полянський ЮО, Мороз ПВ. Вибір лікувальної тактики при різних формах гострого перитоніту залежно від генетично детермінованих порушень імунологічної реактивності. Архів клінічної медицини. 2014;2(20):96-97.

123. Польовий ВП, Сидорчук РІ, Паляниця АС. Індивідуалізація вибору внутрішньовенної озонотерапії у лікуванні гнійно-запальних ускладнень цукрового діабету. Шпитальна хірургія. Журнал імені Л.Я. Ковальчука 2015;67(3):15-9. DOI: 10.11603/1681-2778.2014.67.4448

124. Попков ВМ, Чеснокова НІ, редактори. Активация липопероксидации – ведущий патогенетический фактор развития типовых патологических процессов и заболеваний различной этиологии. Москва: Академия Естествознания; 2012. 450 с.

125. Попов АА, Левашова ИИ, Логутова ЛС. Лапароскопия и гистероскопия в диагностике и лечении гинекологических заболеваний. В: Лапароскопия в акушерстве. Москва, 2016. с. 33-4.

126. Попов АА, Мананникова ТН, Алиева АС, Федоров АА. Безопасность и эффективность микроволновой абляции эндометрия. Российский вестник акушера-гинеколога. 2017;17(3):39-42 DOI: 10.17116/rosakush201717339-42

127. Попов АА, Федоров АА, Сопова ЮИ, Чечнева МА. Влияние миомы матки и миомэктомии на перистальтическую активность миометрия и репродуктивные исходы. Российский вестник акушера-гинеколога. 2020;20(3):71-7.

128. Прилепская ВН, Довлетханова ЭР. Репродуктивное здоровье и хламидийная инфекция (клиническая лекция). Гинекология. 2013;1:4-7.

129. Радзинский ВЕ, Ордянец ИМ, Добрецова ТА. Эндометрий в огне. Острое и хроническое воспаление эндометрия: от новых взглядов к новым стратегиям. Status Praesens. 2016;2:126-31.

130. Рогач ІМ, Керецман АО, Гаджега П. Огляд динаміки демографічної ситуації в Україні та її регіонах на фоні країн ЄС та світу: проблеми та перспективи. Проблеми клінічної педіатрії. 2019;2(44):49-56.

131. Рожковська НМ, Ситнік ПО. Прогнозування ризику ускладнень запальних процесів органів малого таза у жінок. Буковинський медичний вісник. 2016;20(3):147-50.

132. Романова ФА, Пісоцька ЛА, Дзяк ГВ. Невідкладні стани при анемічному та геморагічному синдромах: Навчальний посібник. Дніпропетровськ, 2012. 134 с.

133. Руденко АВ, Пасечников СП, Ромащенко ОВ, Самчук ПО, Яковенко ЛФ. Аналіз показників імунітету у жінок репродуктивного віку із гострим неускладненим пієлонефритом у поєднанні із запальними захворюваннями органів малого таза залежно від періоду менструального циклу. Здоровье женщины. 2018;2(128):31-7.

134. Савельева ГМ, Сухих ГТ, Серов ВН. Гинекология. Национальное руководство. Краткое издание. 2-е издание. Москва. 2020. 1008 с.
135. Свінціцький АС. Абдомінальний больовий синдром у клінічній практиці. Практикуючий лікар. 2013;3:11-6.
136. Серебренникова СН, Семинский ИЖ, Семенов НВ, Гузовская ЕВ. Интерлейкин-1, интерлейкин-10 в регуляции воспалительного процесса. Сибирский медицинский журнал. 2012;8:5-7.
137. Серов ВН, Сухих ГТ, редакторы. Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология. 4-е изд. Москва: ГЭОТАР-Медиа; 2014. с. 758-84.
138. Сибирская ЕВ, Адамян ЛВ, Яцык СП, Гераськина СГ. Абдоминальный болевой синдром у девочек при опухолях и опухолевидных образованиях придатков матки. Педиатрический журнал. 2015;5:54-9.
139. Симбирцев АС. Клиническое применение препаратов цитокинов. Иммунология. 2004;4:247-51.
140. Синило СБ. Методы детоксикации в хирургии. Учебно-методическое пособие. Минск: БГМУ; 2008. 30 с.
141. Синчихин СП, Мамиев ОБ, Степанян ЛВ. Некоторые современные аспекты воспалительных заболеваний органов малого таза. Consilium Medicum. 2015;6:73-6.
142. Сипливый ВА, Гринченко СВ, Доценко ВВ. Релaparотомия и видеолaparосанация у больных с разлитым перитонитом с учетом показателей синдрома энтеральной недостаточности. Вісник Української медичної стоматологічної академії. 2013;13(41):157-9.
143. Ситник ОП. Сучасні підходи до етіопатогенезу, діагностики та лікування гнійно-запальних захворювань органів малого таза (огляд літератури). Український медичний часопис. 2020;5(2):139. DOI: 10.32471/umj.1680-3051.139.188411
144. Ситнікова ОВ, Назаренко ОЯ, Гладчук ІЗ, Ліщиновська ТО. Особливості жовтого тіла при апоплексії яєчника з мінімальною та помір-

ною внутрішньочеревною кровотечею. Буковинський медичний вісник. 2010;1(53):131-4.

145. Ситнікова ОВ, Назаренко ОЯ, Ліщиновська ТО, Немазенко СЕ. Клініко-морфологічні аспекти апоплексії яєчників. Таврический медико-биологический вестник. 2011;14(3):181-4.

146. Слабкий ГО. Система громадського здоров'я: бачення Всесвітньої організації охорони здоров'я. Журнал заступника головного лікаря. 2016;5(16):51-61.

147. Слонецький БІ, Керашвілі СГ, Максименко МВ. Оптимізація діагностико-лікувальної тактики у хворих з гострим розповсюдженим перитонітом. Український медичний часопис. 2012;4:150-2.

148. Слукина ТВ. Системный анализ процессов пролиферации и апоптоза в гиперплазированном эндометрии [диссертация]. Тула: Тульский государственный медицинский институт; 2009. 129 с.

149. Статистика населення України за 2018 рік. Демографічний щорічник / Державна служба статистики України. 2019. 188 с. [інтернет] http://database.ukrcensus.gov.ua/PXWEB2007/ukr/publ_new1/2019/zb_ukr_2018.pdf

150. Степурко ТГ, Семігіна ТВ, Барська ЮГ, укладачі. Індекс здоров'я. Україна-2018: Результати загальнонаціонального дослідження. Київ, 2018. 175 с.

151. Тапильская НИ, Духанин АС, Глушаков РИ. Медикаментозное лечение симптомной миомы матки. Проблемы репродукции. 2018;24(4):81-8.

152. Тучкіна Ю, Вигівська ЛА, Мальцев ГВ, укладачі. Гострий живіт у гінекологічній практиці: метод. вказівка для лікарів-інтернів, лікарів акушерів-гінекологів, дитячих гінекологів, педіатрів, сімейних лікарів. Харків : ХНМУ; 2013. 45 с.

153. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги.

Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 13.04.2016 № 353 (зі змінами від 23.09.2016 № 994)

154. Фомін ПД, Усенко ОЮ, Березницький ЯС, редактори. Невідкладна хірургія органів черевної порожнини (стандарти організації та професійно орієнтовані алгоритми надання медичної допомоги). Київ: Бібліотека Здоров'я України; 2018. 354 с.

155. Фоміна ПД, Усенко ОЮ, Березницького ЯС, редактори. Невідкладна хірургія органів черевної порожнини (стандарти організації та професійно орієнтовані алгоритми надання медичної допомоги). Київ: Бібліотека «Здоров'я України»; 2018. 354 с.

156. Фриммель М. Экстренные ситуации в клинической практике. Медицинская литература. Москва: Медицинская литература; 2018. 224 с.

157. Хайбуллина АР, Сахаутдинова ИВ, Кулешова ТП, Зулкарнеева ЭМ, Муслимова СЮ, Таюпова ИМ, составители. Острый живот в гинекологии: учебное пособие для студентов старших курсов. Уфа: Изд-во БашНИПИнефть; 2014. 56 с.

158. Хамадьянова АУ. Хронический рецидивирующий сальпингофорит: современное состояние проблемы. Медицинский вестник Башкортостана. 2013;8(3):123-30.

159. Хасанов АГ, Журавлев ИА, Бадретдинов АФ, Бадретдинова ФФ, Мамедова ОК, Нуриева АР, и др. Оптимизация диагностики и хирургической тактики при остром аппендиците в различные сроки беременности. Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2015;11(2):232-4.

160. Хубутія МШ, Ярцев ПА, Гуляев АА, и др. Методи лікування неотложных заболеваний и повреждений органов брюшной полости в НИИ скорой помощи им. Н. В. Склифосовского. Неотложная медицинская помощь. 2015;3:44-8.

161. Цинтар СА, Пересунько ОП. Чинники апоптозу в жінок із гіперплазіями ендометрія залежно від онкологічного спадкового анамнезу. Буковинський медичний вісник. 2007;3:96-9.

162. Чернуха ГЕ. Экспрессия генов, регулирующих апоптоз, при различных типах гиперплазии эндометрия и эндометриоидной карциноме. Акушерство и гинекология. 2013;1:63-9.

163. Шаповал ОС. Кісти яєчників. Аналіз структури патології у жінок репродуктивного віку. ScienceRise: Medical Science. 2016;9(5):75-9.

164. Шаповал ОС. Клинико-сонологические особенности при опухолеподобных образованиях яичников у женщин репродуктивного возраста. Здоровье женщины. 2016;1(107):137-41.

165. Шафранський ВВ, Слабкий ГО, Качала ЛО. Основи Європейської політики і стратегія для ХХІ століття: стратегічне керівництво в інтересах здоров'я. Економіка і право охорони здоров'я. 2016;2(4):72-5.

166. Шевцова ОМ, Шаповалова НВ, Лаврентьев ТВ, Белошевская ТВ, Мищук ВН. Экстракорпоральные методы детоксикации при распространенном перетоните. Общая реаниматология. 2008;4(2):29-32.

167. Шкляр АА. Диагностика, хирургическое лечение и реабилитация женщин репродуктивного возраста с узловой формой аденомиоза [диссертация]. Москва: ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени В.И. Кулакова»; 2015. 113 с.

168. Шмойлов ДК, Каримов ИЗ, Одинец ТН. Патогенетическая роль эндогенной интоксикации. Лабораторна діагностика. 2012;2:65-9.

169. Щербина МО, Лазуренко ВВ, Щедров АО. Сучасні підходи до лікування ускладнень вагітності після застосування ДРТ. Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології. 2015;1:199-201.

170. Эндометриоз. Клинические рекомендации. Москва: Российское общество акушеров-гинекологов; 2016. 52 с.

171. Якимчук ЮБ, Коптюх ВІ, Маланчук ЮБ. Прегравідарна підготовка жінок, які перенесли позаматкову вагітність. 2018. [інтернет] <https://ojs.tdmu.edu.ua/index.php/act-pit-pediatr/article/view/8806>

172. 36th International Symposium on Intensive Care and Emergency Medicine : Brussels, Belgium. 15-18 March 2016; Crit Care. 2016 Apr 20;20(Suppl 2):94. DOI: 10.1186/s13054-016-1208-6.

173. Abduljabbar HS, Bukhari YA, Al Hachim EG, Alshour G, Ameret A, et al. Review of 244 cases of ovarian cysts. Saudi Med J. 2015 Jul;36(7):834-8.

174. Abid M, Hashmi AA, Malik B, Haroon S, Faridi N, Edhi MM, Khan M. Clinical pattern and spectrum of endometrial pathologies in patients with abnormal uterine bleeding in Pakistan: need to adopt a more conservative approach to treatment. BMC Womens Health. 2014 Nov 5;14:132.

175. ACOG Practice Bulletin No. 191: Tubal Ectopic Pregnancy. Committee on Practice Bulletins-Gynecology. Obstet Gynecol. 2018 Feb;131(2):e65-e77.

176. ACOG Practice Bulletin No. 193: Tubal Ectopic Pregnancy. American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins – Gynecology. Obstet Gynecol. 2018 Mar;131(3):e91-e103.

177. Amedei A, Prisco D, D'Elis MM. The use of cytokines and chemokines in the cancer immunotherapy. Recent Pat Anticancer Drug Discov. 2013;8:126-42.

178. Aminimoghaddam S, Nezhadisalami F, Anjidani S, Tond SB. Outcome of treatment with EMA/EP (etoposide methotrexate and actinomycin-D/etoposide and cisplatin) regimen in gestational trophoblastic neoplasia. Med J Islam Repub Iran. 2018;32:36.

179. Aminimoghaddam S, Norouzi S, Fayazi A. Outcome of pregnancy subsequent to chemotherapy with actinomycin-D in low risk gestational trophoblastic neoplasia. Tehran Uni Med J. 2017;75(4):273-9.

180. Aminimoghaddam S, Omranipoor A. Successful treatment using Actinomycin D in a case of methotrexate-resistant ectopic pregnancy: A case report. Med J Islam Repub Iran. 2019;33:100. DOI: 10.34171/mjiri.33.100

181. Aroke D, Ngek LT, Tindong M, Fomanka E, Achu C, Tanah AA, Kadia BM. Blighted ovum and tubal pregnancy: a rare form of heterotopic

pregnancy: case report. *BMC Res Notes*. 2018 Apr 12;11(1):242. DOI: 10.1186/s13104-018-3345-2

182. Australian Sexual Health Alliance (ASHA). Australian management guideline. Pelvic inflammatory disease. 2018. 158 p.

183. Bachar I, Perry ZH, Dukhno L, Mizrahi S, Kirshtein B. Diagnostic value of laparoscopy, abdominal computed tomography, and ultrasonography in acute appendicitis. *J Laparoend Adv Surg Tech A*. 2013 Dec;23(12):982-9.

184. Baghdadi T, Salle B, Bordes A, Lamblin G. Simultaneous bilateral tubal ectopic pregnancy after intracytoplasmic sperm injection and embryo transfer, in a patient with Stage 3 endometriosis. *Gynecol Minim Invasive Ther*. 2017 Oct-Dec;6(4):199-201.

185. Barbier M, Pivano A, Tourette C, Poizac S, Cravello L, Boubli L, Agostini A. Evaluation of a follow-up customized strategy for women treated with methotrexate for an ectopic pregnancy: An observational study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2019 May;236:32-5.

186. Belics Z, Gérecz B, Csákány MG. Early diagnosis of ectopic pregnancy *Orv Hetil*. 2014 Jul 20;155(29):1158-66.

187. Benetti-Pinto C, Japur A, Yela D, Júnior J. Abnormal Uterine Bleeding. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2017 Jul;39(7):358-68. DOI: 10.1055/s-0037-1603807

188. Bharucha AE, Lee TH. Anorectal and Pelvic Pain. *Mayo Clin Proc*. 2016 Oct;91(10):1471-84.

189. Billow MR, El-Nashar SA. Management of Abnormal Uterine Bleeding with Emphasis on Alternatives to Hysterectomy. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2016 Sep;43(3):415-30.

190. Borghese B, Marzouk P, Santulli P. Surgical treatments of presumed benign ovarian tumors. *J Gynecol, Obstetr Biol Reproduction*. 2013;42(8):786-93.

191. Budhram G, Elia T, Dan J, Schroeder M, Safain G, et al. A case-control study of sonographic maximum ovarian diameter as a predictor of

ovarian torsion in emergency department females with pelvic pain. *Acad Emerg Med.* 2019 Feb;26(2):152-9.

192. Canadian Guidelines on Sexually Transmitted Infections – Management and treatment of specific syndromes – Pelvic Inflammatory Disease (PID). 2016. 401 p.

193. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually 2015 STD Treatment Guidelines – Pelvic Inflammatory Disease (PID) [internet] <https://www.cdc.gov/std/tg2015/pid.htm>.

194. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted Disease Surveillance, 2015. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services; October 2016.

195. Chikazawa K, Imai K, Wang L, Kuwata T, Konno R. A cystectomic technique with low risk of rupture for women with benign ovarian cyst. *J Obstet Gynecol.* 2021 Apr;41(3):459-61.

196. Choi EJ, Cho SB, Lee SR, Lim YM. Comorbidity of gynecological and non-gynecological diseases with adenomyosis and endometriosis. *Obstet Gynecol Sci.* 2017;60(6):579-86.

197. Chuang TD, Khorram O. Regulation of cell cycle regulatory proteins by microRNAs in Uterine Leiomyoma. *Reprod Sci.* 2019 Feb;26(2):250-8.

198. Committti Opinion No 557. American College of Obstetricians and Gynecologists. Management of acute abnormal uterine bleeding in nonpregnant women. *Obstet Gynecol.* 2013;121:891-6.

199. Cotirlet A, Motoc I, Nedelcu MD. Laparoscopy for management of nontraumatic acute abdomen. *Surg. Endosc. Other Intervent. Techniques.* 2014; 28:57.

200. Curry A, Williams T, Penny ML Pelvic Inflammatory Disease: Diagnosis, Management and Prevention. *Am Fam Physician.* 2019 Sep 15;100(6):357-64.

201. D'Souza N, D'Souza C, Grant D. The value of ultrasonography in the diagnosis of appendicitis. *Int J Surg.* 2015 Jan;13:165-9.

202. Dasgupta R, Renaud E, Goldin AB, Baird R, Cameron D, Arnoldet M, et al. Ovarian torsion in pediatric and adolescent patients: A systematic review. *J Pediatr Surg*. 2018 Jul;53(7):1387-91.

203. Davidson KG, Dubinsky TJ. Ultrasonographic evaluation of the endometrium in postmenopausal vaginal bleeding. *Radiol Clin North Am*. 2003 Jul;41(4):769-80.

204. De Carvalho NS, Palú G, Witkin SS *Mycoplasma genitalium*, a stealth female reproductive tract. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*. 2019 Sep 14. DOI: 10.1007/s10096-019-03707-8.

205. Deeba F, Shaista, Khan B. Histological Pattern Of Endometrial Samples In Postmenopausal Women With Abnormal Uterine Bleeding. *J Ayub Med Coll Abbottabad*. 2016 Oct-Dec;28(4):721-4.

206. Deneris A. PALM-COEIN Nomenclature for Abnormal Uterine Bleeding. *J Midwifery Womens Health*. 2016;61:376-9.

207. Dhasmana D, Hathorn E, McGrath R, Tariq A, De Ross The effectiveness of nonsteroidal anti-inflammatory agents in the treatment of pelvic inflammatory disease. *Syst Rev J*. 2014 Jul 22;3:79. DOI: 10.1186/2046-4053-3-79

208. Di Pietro, Cicinelli E, Guglielmino MR. Altered transcriptional regulation of cytokines, growth factors, and apoptotic proteins in the endometrium of infertile women with chronic endometritis. *Am J Reprod Immunol*. 2013;69(5):509-17.

209. Donnez J, Dolmans MM. Uterine fibroid management: from the present to the future. *Hum Reprod Update*. 2016 Nov;22(6):665-86.

210. Dunselman G, Vermeulen N, Becker C, Calhaz-Jorge C, D'Hooghe T, De Bie B, et al. Management of women with endometriosis. Guideline of the European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE), 2013. *Hum Reprod*. 2014 Mar;29(3):400-12.

211. Dupuis CS, Kim YH. Ultrasonography of adnexal causes of acute pelvic pain in pre-menopausal non-pregnant women. *Ultrasonography*. 2015 Oct;34(4):258-67.

212. Farghaly SA. Current diagnosis and management of ovarian cysts. *Clin Exp Obstet Gynecol*. 2014;41(6):609-12.

213. Forstner R, Thomassin-Naggara I, Cunha TM. ESUR recommendations for MR imaging of the sonographically indeterminate adnexal mass: an update. *Eur Radiol*. 2017;27(6):2248-57.

214. Goldstein SR, Lumsden MA. Abnormal uterine bleeding in perimenopause. *Climacteric*. 2017;20:414-20.

215. Gundabattula SR, Resapu P, Surampudi K, Surapaneni T, De Padua M. Ovarian apoplexy resulting from ruptured heterotopic pregnancy following intrauterine insemination. *J Obstet Gynaecol Res*. 2017 Jul;43(7):1222-6.

216. Gurda GT, Baras AS, Kurman R J. Ki-67 index as an ancillary tool in the differential diagnosis of proliferative endometrial lesions with secretory change. *Int J Gynecol Pathol*. 2014;33(2):114-9.

217. Hatipoglu S, Hatipoglu F, Abdullayev R. Acute right lower abdominal pain in women of reproductive age: clinical clues. *World J Gastroenterol*. 2014 Apr 14;20(14):4043-9.

218. Helvacioğlu C, Dogan K, Pak J. Predictive factors of treatment success in two-dose methotrexate regimen in ectopic tubal pregnancy: A retrospective study. *Med Sci*. 2021 Sep-Oct;37(5):1309-12.

219. Henes M, Engler T, Taran FA, Brucker S, Rall K, Janz B, Lawrenz B. Ovarian cyst removal influences ovarian reserve dependent on histology, size and type of operation. *Womens Health (Lond)*. 2018 Jan-Dec;14:1745506518778992.

220. Huang C, Hong MK, Ding DC. A review of ovary torsion. *Tzu Chi Med J*. 2017 Jul-Sep;29(3):143-7.

221. Human Reproduction Programme. Strategies toward ending preventable maternal mortality. Geneva: WHO, 2015.

222. Husain S, Al Hammad RS, Alduhaysh AK, AlBatly MM, Alrikabi A. Pathological spectrum of endometrial biopsies in Saudi women with abnormal uterine bleeding: A retrospective study of 13-years. *Saudi Med J*. 2021 Mar;42(3):270-9.
223. Hüsing A, Dossus L, Ferrari P, Tjønneland A, Hansen L, Fagherazzi G, et al. An epidemiological model for prediction of endometrial cancer risk in Europe. *Eur J Epidemiol*. 2016;31:51-60.
224. Hwang H, Chung YJ, Lee SR. Clinical evaluation and management of endometriosis: guideline for Korean patients from Korean Society of Endometriosis. *Obstet Gynecol Sci*. 2018;61(5):553-64.
225. Inoue A, Furukawa A, Nitta N, Takaki K, Ohta S, Murata K. Optimization of pulse sequences in ultrafast magnetic resonance imaging for the diagnosis of acute abdominal pain caused by gastrointestinal disease. *Acta Radiol Open*. 2020 Aug 19;9(8):2058460120949246. DOI: 10.1177/2058460120949246
226. Iraha Y, Okada M, Iraha R, Azama K. CT and MR Imaging of Gynecologic. *Emerg Radiograph*. 2017 Sep-Oct;37(5):1569-86.
227. Jearwattanakanok K, Yamada S, Suntornlimsiri W, Smuthtai W, Patumanond J. Validation of the diagnostic score for acute lower abdominal pain in women of reproductive age. *Emerg Med Int*. 2014;14:320926.
228. Kapustian V, Namazov A, Yaakov O, Volodarsky M, Anteby EY, Gemer O. Is intrauterine device a risk factor for failure of conservative management in patients with tubo-ovarian abscess? An observational retrospective study. *Arch Gynecol Obstet*. 2018 May;297(5):1201-4.
229. Kaunitz AM. Abnormal uterine bleeding in reproductive-age women. *JAMA*. 2019;321:2126-7.
230. Kitaya K, Takeuchi T, Mizuta S, Matsubayashi H, Ishikawa T. Endometritis: new time, new concepts. *Fertil Steril*. 2018 Aug;110(3):344-50.
231. Knoepp US, Mazza MB, Chong ST, Wasnik AP. MR Imaging of pelvic emergencies in women. *Magn Reson Imaging Clin Am*. 2017 Aug;25(3):503-19.

232. Kodali N, Veytsman I, Martyr S, Lu K. Diagnosis and management of ovarian vein thrombosis in a healthy individual: a case report and a literature review. *J Thromb Haemost*. 2017 Feb;15(2):242-5.

233. Kuczera P, Adamczak M, Wiecek A. Endocrine Abnormalities in Patients with Chronic Kidney Disease Review Pril (Makedon Akad Nauk Umet Odd Med Nauki). 2015;36(2):109-18.

234. Kupesić S, Aksamija A, Vucić N, Tripalo A, Kurjak A. Ultrasonography in acute pelvic pain. *Acta Med Croatica*. 2002;56(4-5):171-80.

235. Kurki P, van Aerts L, Wolff-Holz E, Giezen T, Skibeli V, Weise M. Interchangeability of Biosimilars: A European Perspective. *BioDrugs*. 2017 Apr;31(2):83-91.

236. Lax SF. Endometritis: Rare disease with clinical importance? *Pathologe*. 2016 Nov;37(6):521-5.

237. Leonardi M, Gibbons T, Armour M, Wang R, Glanville E, Hodgson R, et al. When to do surgery and when not to do surgery for endometriosis: a systematic review and meta-analysis. *J Minim Invasive Gynecol*. 2020 Feb;27(2):390-407.

238. Lethaby A, Puscasiu L, Vollenhoven B. Preoperative medical therapy before surgery for uterine fibroids. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 Nov 15;11(11):CD000547. DOI: 10.1002/14651858.CD000547.pub2.

239. Lu J, Jiang Z, Wang L, Mou S, Yan H. Mycobacteria avium-related peritonitis in a patient undergoing peritoneal dialysis: case report and review of the literature. *BMC Nephrol*. 2021;22:345.

240. Maddern J, Grundy L, Castro J, Brierley SM. Pain in Endometriosis. *Front Cell Neurosci*. 2020 Oct 6;14:590823.

241. Manyonda I, Belli AM, Lumsden MA, Moss J, McKinnon W, Middleton LJ, et al. Uterine-Artery Embolization or Myomectomy for Uterine Fibroids. FEMME Collaborative Group. *N Engl J Med*. 2020 Jul 30;383(5):440-51.

242. Martin D, Dbouk RH, Deleon-Carnes M, del Rio C, Guarner J. Haemophilus influenzae acute endometritis with bacteremia: case report and literature review. *Diagn Microbiol Infect Dis*. 2013 Jun;76(2):235-6.

243. McGreevy JM, Finlayson SR, Alvarado R, Laycock WS, Birkmeyer CM, Birkmeyer JD. Laparoscopy may be lowering the threshold to operate on patients with suspected appendicitis. *Surg Endosc*. 2002 Jul;16(7):1046-9.

244. Miller JM, Binnicker MJ, Campbell S, Carroll KC, Chapin KC, et al. A Guide to Utilization of the Microbiology Laboratory for Diagnosis of Infectious Diseases: 2018 Update by the Infectious Diseases Society of America and the American Society for Microbiology. *Clin Infect Dis*. 2018 Aug 31;67(6):e1-e94.

245. Mitchell C, Prabhu M. Pelvic inflammatory disease: current concepts in pathogenesis, diagnosis and treatment. *Infect Dis Clin North Am*. 2013 Dec;27(4):793-809.

246. Mlodzik N, Lukaszuk K, Sieg W, Jakiel G, Smolarczyk R. Endometrial microbiota – do they mean more than we have expected? *Ginekol Pol*. 2020;91(1):45-8.

247. Molinas C, Campo R. Office hysteroscopy and adenomyosis. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2006 Aug;20(4):557-67.

248. Munro K, Gharaibeh A, Nagabushanam S, Martin C. Diagnosis and management of tubo-ovarian abscesses. *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Review*. 2018. [internet] <https://doi.org/10.1111/tog.12447>

249. Munro MG. Complications of hysteroscopic and uterine resectoscopic surgery. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2010;37(3):399-425.

250. Nazarenko O. Clinic and ultrasound parallels of ovarian intra-abdominal bleedings in the women of reproductive age. *Journal of Health Sciences*. 2013;3(11):447-54.

251. NICE Guideline “Endometriosis: diagnosis and management”. September 2017. 24 p.

252. Odejinmi F, Maclaran K, Agarwal N. Laparoscopic treatment of uterine fibroids: a comparison of peri-operative outcomes in laparoscopic hysterectomy and myomectomy. *Arch Gynecol Obstet*. 2015 Mar; 291(3):579-84.

253. O'Donohoe R, Fitzsimmons S, Bryant T. Acute-onset abdominal pain in a woman in her 30s. *Heart*. 2019 Feb;105(4):275-322.

254. Ohashi Y, Ikeda M, Kunitoh H, Sasako M, Okusaka T, Mukai H, Fujiwara K, Nakamura M, Kimura T, Ibusuki K, Sakon M. Venous thromboembolism in patients with cancer: design and rationale of a multicentre, prospective registry (Cancer-VTE Registry). *BMJ Open*. 2018 May 30;8(5):e018910.

255. Parazzini F, Tozzi L, Bianchi S. Pregnancy outcome and uterine fibroids. *Best Pract Res Clin Obstet Gynecol*. 2016 Jul;34:74-84.

256. Park SB, Han BH, Lee YH. Ultrasonographic evaluation of acute pelvic pain in pregnant and postpartum period. *Med Ultrason*. 2017 Apr 22;19(2):218-23.

257. Parker VL, Srinivas M. Non-tubal ectopic pregnancy. *Arch Gynecol Obstet*. 2016 Jul;294(1):19-27.

258. Perlman S, Kjer JJ. Ovarian damage due to cyst removal: a comparison of endometriomas and dermoid cysts. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2016 Mar;95(3):285-90.

259. Pikul I, Lubkovska O. Emergency treatment in gynecology using different methods of surgery. *EUREKA Health Sciences*. 2022;1:3-9.

260. Rana P, Kazmi I, Singh R, Afzal M, Al-Abbasi FA. Ectopic pregnancy: a review. *Arch Gynecol Obstet*. 2013 Oct;288(4):747-57.

261. Refaat B, Ashshi AM, Batwa SA. The prevalence of Chlamydia trachomatis and Mycoplasma genitalium tubal infections and their effects on the expression of IL-6 and leukaemia inhibitory factor in Fallopian tubes with and without an ectopic pregnancy. *Innate Immunity*. 2016;22(7): 534-45.

262. Revzin MV, Mathur M, Dave HB, Macer ML, Spektor M. Pelvic Inflammatory Disease: Multimodality Imaging Approach with Clinical-Pathologic Correlation Radiographics. 2016 Sep-Oct;36(5):1579-96.

263. Rimmer MP, Fishwick K, Henderson I, Chinn D, Al Wattar BH, Quenby S. Quantifying CD138+ cells in the endometrium to assess chronic endometritis in women at risk of recurrent pregnancy loss: A prospective cohort study and rapid review. *J Obstet Gynaecol Res*. 2021 Feb;47(2):689-97.

264. Rogers D, Al-Dulaimi R, Rezvani M, Shaaban A. Corpus luteum with ovarian stromal edema is associated with pelvic pain and confusion for ovarian torsion. *Abdom Radiol (NY)*. 2019 Feb;44(2):697-704.

265. Ross J, Guaschino S, Cusini M, Jensen J. Guidelines 2017 European guideline for the management of pelvic inflammatory disease. *Intern J STD & AIDS*. 2018;29(2):108-14.

266. Ruiz DD, Fonseca SM, de Molina FJ, Úbeda-Iglesias A, Pérez NA, Forés JR. Plasmapheresis and other extracorporeal filtration techniques in critical patients. *Med Intensiva*. 2017 Apr;41(3):174-87.

267. Sam S, Sung YA, Legro RS, Dunaif A. Evidence for pancreatic beta-cell dysfunction of women with polycystic ovary syndrome. *Metabolism*. 2018;57(1):84-9.

268. Sartelli M, Catena F, Abu-Zidan FM, Fikri M. Management of intra-abdominal infections: recommendations by the World Society of Emergency Surgery. 2016 Consensus conference. *World Journal of Emergency Surgery*. 2017;12:22. DOI: [org/10.1186/s13017-017-0132-7](https://doi.org/10.1186/s13017-017-0132-7)

269. Savaris RF, Fuhrich DG, Duarte RV, Franik S, Ross J. Antibiotic therapy for pelvic inflammatory disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 Apr 24;4(4):CD010285. DOI: [10.1002/14651858.CD010285.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD010285.pub2).

270. Setiawan VW, Yang HP, Pike MC, McCann SE, Yu H, Xiang YB, et al. Type I and II endometrial cancers: have they different risk factors? *J Clin Oncol*. 2013;31:2607-18.

271. Smorgick N, As-Sanie S. Pelvic Pain in Adolescents. *Semin Reprod Med.* 2018 Mar;36(2):116-22.
272. Somigliana E, Garcia-Velasco JA. Treatment of infertility associated with deep endometriosis: definition of therapeutic balances. *Fertil Steril [Internet]*. 2015;104(4):764-70.
273. Song D, Feng X, Zhang Q, Xia E, Xiao Y, Xie W, Li TC. Prevalence and confounders of chronic endometritis in premenopausal women with abnormal bleeding or reproductive failure. *Reprod Biomed Online.* 2018 Jan;36(1):78-83.
274. Spivak J.L Serum immunoreactive erythropoietin in health and disease. *J Perinat Med.* 1995;23:13-21.
275. Sridhar D, Kohi MP. Updates on MR-guided focused ultrasound for symptomatic uterine fibroids. *Intervent Radiol.* 2018;35 (1):17-22.
276. Stabile G, Angino FP, Romano F, Zinicola G, Ricci G. Ectopic Cervical Pregnancy: Treatment Route. *Medicina (Kaunas).* 2020 Jun 12;56(6):293.
277. Szabó G, Árokszálási A, Pócsi D, Murber Á, Urbancsek J, Rigó Jr. Pathophysiology and current clinical approach of ovarian hyperstimulation syndrome. *Orv Hetil.* 2018 Aug;159(34):1390-3.
278. Szczeklik W, Wawrzycka K, Włodarczyk A, Sega A, Nowak I, Seczyńska B, et al. Complications in patients treated with plasmapheresis in the intensive care unit. *Anaesthesiol Intensive Ther.* 2013 Jan-Mar;45(1):7-13.
279. Tadokoro Y, Sakaguchi M, Yagita Y, Furukado S, Okazaki S, Fujinaka T, et al. Ischemic stroke in patients with solid gynecologic tract tumors and coagulopathy. *Eur Neurol.* 2013;70(5-6):304-7.
280. Tenore JL. Ectopic pregnancy. *Am Fam Physician.* 2000 Feb 15;61(4):1080-8.
281. Ukah UV, Platt RW, Potter B J, Paradis G, Dayan N, et al. Obstetric haemorrhage and risk of cardiovascular disease after three decades: a population-based cohort study. *BJOG.* 2020 Nov;127(12):1489-97.

282. Verpalen IM, Anneveldt KJ, Nijholt IM, Schutte JM, Dijkstra JR, Franxet A, et al. Magnetic resonance-high intensity focused ultrasound (MR-HIFU) therapy of symptomatic uterine fibroids with unrestrictive treatment protocols: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Radiol.* 2019;120:108700. DOI: 10.1016/j.ejrad.2019.108700

283. Vu KN, Fast AM, Shaffer RK, Rosenberg J, Dababou S, Marrocchio C, et al. Evaluation of the routine use of pelvic MRI in women presenting with symptomatic uterine fibroids: When is pelvic MRI useful? *J Magn Reson Imaging.* 2019;49(7):e271-81. DOI: 10.1002/jmri.26620.

284. Wang T, Tang H, Xie Z, Deng S. Robotic-assisted vs. laparoscopic and abdominal myomectomy for treatment of uterine fibroids: a meta-analysis. *Minim Invasive Ther Allied Technol.* 2018 Oct;27(5):249-64.

285. Yaakov O, Zohav E, Kapustian V, Gdalevich M, Volodarsky M, Anteby EY, Gemer O. Are ultrasonographic findings suggestive of ovarian stromal edema associated with ischemic adnexal torsion? *Gynecol Obstet Invest.* 2016;81(3):262-6.

286. Yuko Iraha, Masahiro Okada, Rin Iraha, Kimei Azama, Tsuneo Yamashiro, Maho Tsubakimoto, Yoichi Aoki, Sadayuki Murayama. *Radiographics. CT and MR Imaging of Gynecologic Emergencies.* 2017 Sep-Oct;37(5):1569-86.

287. Zhang Y, Hua KQ. Patients' age, myoma size, myoma location, and interval between myomectomy and pregnancy may influence the pregnancy rate and live birth rate after myomectomy. *J Laparoendosc Adv Surg Tech.* 2014;24(2):95-9.

288. Zucchini S, Marra E. Diagnosis of emergencies/urgencies in gynecology and during the first trimester of pregnancy. *J Ultrasound.* 2014 Jan 9;17(1):41-6.

ДОДАТКИ**Додаток А****СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ**

1. Пікуль ЮЛ. Роль ендоскопічних операцій в ургентній гінекології. Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П. Л. Шупика. 2017;28(3):108-13.
2. Пікуль ЮЛ. Профілактика порушень гемостазу після ургентних лапароскопічних операцій в гінекології. Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П. Л. Шупика. 2018;31(1):125-9.
3. Пікуль ЮЛ. Ускладнення після ургентних лапароскопічних операцій в гінекології. Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П. Л. Шупика. 2018;31(2):108-16.
4. Пікуль ЮЛ. Особливості післяопераційних ускладнень після лапароскопічних операцій. Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П. Л. Шупика. 2018;31(3):85-94.
5. Pikul I, Lubkovska O. Emergency treatment in gynecology using different methods of surgery. EUREKA Health Sciences. 2022;1:3-9 *(Здобувачем проведено узагальнення та аналіз результатів дослідження, підготовка статті до друку)*.
6. Пікуль ЮЛ. Сучасні можливості ендоскопічних операцій при ургентних станах в гінекології. В: Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П. Л. Шупика: тези матеріалів науково-практичного семінару із міжнародною участю «Міжнародні та вітчизняні стандарти надання гінекологічної допомоги», 2017 лист 21; Київ. 2017;28(3):196.
7. Пікуль ЮЛ. Ризики розвитку тромбоемболічних ускладнень після ургентних лапароскопічних операцій в гінекології. В: Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П. Л. Шупика: тези матеріалів науково-практичного семінару в форматі теломосту «Міжнародні та вітчизняні стандарти надання акушерсько-гінекологічної допомоги», 2018 берез 20; Київ-Тернопіль-Хмельницький. 2018;31(1):206.

Додаток Б

Основні положення дисертаційної роботи та результати проведених досліджень доповідались на:

- науково-практичному семінарі з міжнародною участю «Міжнародні та вітчизняні стандарти надання гінекологічної допомоги» (21 листопада 2017 року, м. Київ), тема «Сучасні можливості ендоскопічних операцій при ургентних станах в гінекології» (доповідь, тези);
- науково-практичному семінарі в форматі телемосту «Міжнародні та вітчизняні стандарти надання акушерсько-гінекологічної допомоги» (20 березня 2018 року, Київ–Тернопіль–Хмельницький), тема «Ризики розвитку тромбоемболічних ускладнень після ургентних лапароскопічних операцій в гінекології» (доповідь, тези).