УДК 618.1-002.2-039:616.381-072.1:6167381-089.85

# Особливості перебігу післяопераційного періоду при хірургічному лікуванні лапаротомічним та лапароскопічним доступом гінекологічних захворювань у жінок з екстрагенітальною патологією

***В.В. Костіков***

**Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ**

**визначення тактики ведення післяопераційного періоду при хірургічному лікуванні хворих з гінекологічною та екстрагенітальною патологією.**

**У дослідження були включені 240 пацієнток, які перебували на лікуванні у стаціонарі і були прооперовані з приводу захворювань внутрішніх статевих органів лапаротомічним та лапароскопічним доступом. В усіх пацієнток була діагностована екстрагенітальна патологія. Залежно від доступу операції усі пацієнтки були розподілені на дві групи. В основну групу увійшли 120 пацієнток, яких було прооперовано лапароскопічним доступом. У групу порівняння увійшли 120 пацієнток, яких було прооперовано лапаротомічним доступом. В усіх хворих проведене клініко-лабораторне оцінювання перебігу післяопераційного періоду.**

**Результати проведених досліджень свідчать, що при компенсованих супутніх серцево-судинних і бронхолегеневих захворюваннях, цукровому діабеті й ожирінні у хворих з гінекологічною патологією необхідно віддавати перевагу лапароскопічному доступу, оскільки операція триває менше часу, є менш травматичною і болісною, супроводжується меншою крововтратою порівняно з лапаротомічним доступом. Реабілітація після лапароскопічних операцій є менш тривалою за часом, що пов'язано з менш вираженим больовим синдромом, відсутністю порушення функції кишечнику, більш швидким відновленням рухової активності і внаслідок цього – меншою кількістю післяопераційних ліжко-днів. У той самий час підвищення внутрішньочеревного тиску й положення Тренделенбурга негативно позначаються на показниках гемодинаміки у хворих із серцево-судинними захворюваннями, хоча це не призводить до декомпенсації діяльності серцево-судинної системи.**

**Тактика ведення післяопераційного періоду у хворих з гінекологічною та екстрагенітальною патологією залежіть від характеру соматичної захворюваності, варіанта оперативного доступу, крововтрати та результатів клініко-лабораторного обстеження.**

*гінекологічні операції, лапаротомія, лапароскопія, післяопераційний період.*

До останніх досягнень в області оперативної гінекології належить оперативна лапароскопія, що набула широкого застосування з 90-х років минулого століття як за кордоном, так і в нашій країні [1–8]. Перевагами даного методу є мала травматичність, низька частота післяопераційних ускладнень, зниження частоти формування спайок тощо [2, 3, 5]. Відсутність великих розрізів черевної стінки дозволяє уникнути таких ускладнень, як виникнення післяопераційних гриж та нагноєння шкірних ран [1, 6, 8].

Проте поряд з позитивними моментами лапароскопія має низку негативних аспектів, пов'язаних з: підвищенням внутрішньочеревного тиску за рахунок введення у черевну порожнину газу для створення робочого об'єму; положенням Тренделенбурга, що спричинює розвиток дихальної недостатності та гіпоксії; обмеженням рухливості діафрагми. Усі ці явища призводять до гемодинамічних розладів [2, 4, 7].

Серед жінок, які потребують проведення оперативних втручань, значна кількість жінок з екстрагенітальною патологією. Так, за даними низки авторів [1–8], у 61% хворих з міомою матки відзначають також різноманітні екстрагенітальні захворювання. Наявність супутньої патології у таких хворих обтяжує проведення хірургічного втручання та ускладнює післяопераційний період, тому виникає необхідність застосування мінімальної хірургічної агресії та застосування особливих заходів для запобігання ускладнень.

Наявні у вітчизняній та зарубіжній літературі дані не дають вичерпної інформації щодо тактики ведення післяопераційного періоду у хворих з гінекологічною та екстрагенітальною патологією.

Отже, аналіз даних літератури свідчить про те, що на сьогодні не існує методів об'єктивного оцінювання перебігу післяопераційного періоду у разі застосування лапароскопії та лапаротомії при таких патологіях, як цукровий діабет, гіпертонічна хвороба, ішемічна хвороба серця, бронхіальна астма, ожиріння, а також відсутні рекомендації щодо оптимальної тактики їхнього ведення.

*Таблиця 1*

**Показання до операції у хворих з екстрагенітальною патологією, n (%)**

| Показник | Група хворих | |
|---|---|---|
| | Основна, n=120 | Порівняння, n=120 |
| Міома матки | 44 (36,7) | 61 (50,8) |
| Міома матки, поєднана з аденоміозом | 18 (15,0) | 7 (5,8) |
| Рецидивний гіперпластичний процес ендометрія у постменопаузі | 4 (3,3) | 5 (4,2) |
| Атипічна гіперплазія ендометрія | 3 (2,5) | 4 (3,3) |
| Аденокарцинома ендометрія | 12 (10,0) | 21 (17,5) |
| Яєчникові утворення | 39 (32,5) | 22 (18,3) |

*Таблиця 2*

**Перелік оперативних втручань в обстежених хворих, n (%)**

| Показник | Група хворих | |
|---|---|---|
| | Основна, n=120 | Порівняння, n=120 |
| Аднексектомія: | 19 (15,8) | 10 (8,3) |
| – одностороння | 6 | 5 |
| – двостороння | 13 | 5 |
| Надпіхвова ампутація матки: | 66 (55,0) | 63 (52,5) |
| – з придатками | 43 | 41 |
| – без придатків | 23 | 22 |
| Екстирпація матки: | 35 (29,2) | 47 (39,2) |
| – з придатками | 25 | 36 |
| – без придатків | 10 | 11 |
| Разом | 120 | 120 |

*Таблиця 3*

**Розподіл хворих основної групи і групи порівняння відповідно до характеру екстрагенітальної патології**

| Характер екстрагенітальної патології | Підгрупа | Кількість хворих, n | Підгрупа | Кількість хворих, n |
|---|---|---|---|---|
| Серцево-судинні захворювання: ішемічна хвороба серця, артеріальна гіпертензія | 1.1 | 67 | 2.1 | 63 |
| Ожиріння III-IV ступеня | 1.2 | 32 | 2.2 | 36 |
| Хронічні неспецифічні захворювання легенів: бронхіальна астма, хронічний бронхіт | 1.3 | 12 | 2.3 | 15 |
| Цукровий діабет | 1.4 | 9 | 2.4 | 6 |

**Мета дослідження:** визначення тактики ведення післяопераційного періоду при оперативному втручанні у хворих з гінекологічною та екстрагенітальною патологією.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

У дослідження було включено 240 пацієнток, які перебували на лікуванні у стаціонарі. Їх було прооперовано з приводу захворювань внутрішніх статевих органів лапаротомічним і лапароскопічним доступами. У всіх пацієнток була діагностована екстрагенітальна патологія.

Залежно від доступу операції всіх пацієнток було розподілено на дві групи. В основну (першу) групу увійшли 120 пацієнток, яких було прооперовано лапароскопічним доступом. У групу порівняння (другу) увійшли 120 пацієнток, яких було прооперовано лапаротомічним доступом. Показання до операції наведені у табл. 1.

За даними табл. 1 найбільш поширеним показанням до операції як в основній групі, так і в групі порівняння була міома матки.

Перелік виконаних оперативних втручань представлено у табл. 2.

За даними табл. 2 найбільш частою операцією в обох групах була надпіхвова ампутація (55,0% в основній групі і 52,5% – у групі порівняння) та екстирпація матки (відповідно 29,2% та 39,2%).

Відповідно до мети даного дослідження пацієнток основної групи і групи порівняння було розподілено на підгрупи залежно від провідної екстрагенітальної патології (табл. 3).

За даними табл. 3 найбільша кількість хворих (130 з 240 – 54,2%) мали серцево-судинну патологію. У більшості з них характер цієї патології був поєднаний. У кожної третьої хворої (33,3%) відзначено поєднання артеріальної гіпертензії та ішемічної хвороби серця, 8 (3,3%) хворих в анамнезі перенесли інсульт, 12 (5%) – інфаркт міокарда. Як в основній групі, так і в групі порівняння рідко виявляли ізольовану екстрагенітальну патологію. У 4/5 хворих виявлено поєднання різних екстрагенітальних захворювань, і тільки в 1/5 обстежених діагностовано один вид екстрагенітальної патології (кожна друга з них страждала на ожиріння).

Крім основної екстрагенітальної патології (див. табл. 3), у 50% обстежених хворих як основної, так і групи порівняння виявили інші супутні захворювання: варикозне розширення вен нижніх кінцівок – у 37 (30,8%) і 32 (21,7%) пацієнток відповідно, виразкову хворобу шлунка і дванадцятипалої кишки, коліт, гастрит, гастродуоденіт – у 38 (31,7%) і 30 (24,2%), патологію нирок (хронічний пієлонефрит, сечокам'яну хворобу, цистит, полікістоз нирок) – у 26 (21,7%) і 21 (17,5%), патологію щитоподібної залози – у 15 (12,5%) і 19 (15,8%), остеохондроз хребта – у 16 (13,3%) і 21 (17,5%), захворювання грудних залоз – у 18 (15%) і 14 (11,7%) жінок відповідно. Менш часто фіксували такі захворювання, як хронічний геморой – у 4 (3,3%) і 6 (5%) відповідно, ревматизм, артрит – у 3 (2,5%) і 6 (5%) відповідно.

Частота та вираженість екстрагенітальної патології залежали від віку пацієнтки – найбільшу кількість супутніх захворювань діагностували у пацієнток віком понад 70 років.

У комплекс проведених досліджень було включено клінічні, лабораторні, інструментальні та статистичні методи.

## РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

На попередньому етапі було встановлено, що лапаротомічний доступ пов'язаний з більшою тривалістю операції (в основному 60 хв і більше) та зі значною крововтратою (в основному 100–300 мл). Тоді як лапароскопічний метод дозволяє виконувати операції з мінімальною крововтратою (аж до її відсутності) за менший проміжок часу (до 15 хв).

Аналіз перебігу операцій, виконаних лапароскопічним доступом під ендотрахеальним наркозом у хворих з екстрагенітальною патологією, засвідчив, що лапароскопічні операції мають менш травматичний перебіг, не супроводжуються великою крововтратою та тривалим часом проведення са-

мої операції. Проте підвищення внутрішньочеревного тиску та положення Тренделенбурга негативно позначаються на показниках гемодинаміки у хворих із серцево-судинними захворюваннями, хоча це не призводить до декомпенсації діяльності серцево-судинної системи.

Під час аналізу перебігу післяопераційного періоду в оперованих пацієнток оцінювали больові відчуття і температурну реакцію, необхідність наркотичного і ненаркотичного знеболювання, корекції супутніх захворювань, рухову активність після операції, функції сечовипускання і кишечнику, вивчали основні показники крові після операції, а також характер ускладнень у хворих і строки перебування у клініці.

Інтенсивний біль у пацієнток основної групи у першу добу спостерігався у 9,2% пацієнток, на другу добу – тільки у 4,2%, а до третьої доби випадків інтенсивного болю не зареєстровано. Помірний біль у першу добу турбував 13,3% пацієнток, на другу добу таких пацієнток було 14,2%, на третю – 12,5%, на четверту добу – 8,3%, на п'яту добу у пацієнток помірний біль був відсутній. Слабкий біль у першу добу відчували тільки 9,2% пацієнток, на другу добу їхня кількість збільшилась до 11,7% за рахунок зменшення інтенсивного болю у пацієнток, що мали виражений больовий синдром, на третю добу частота слабкого болю збільшилася до 16,6% з тієї самої причини, на четверту добу частота цього болю становила 14,2%, на п'яту добу – 7,5%. Не пред'являли скарг у першу добу 68,3% хворих, протягом наступної доби кількість таких хворих поступово збільшувалася, досягнувши до п'ятої доби 92,5%. Відзначено, що на сильний біль в області післяопераційної рани скаржилися пацієнтки після гістеректомії та адгезіолізису.

Під час аналізу больового синдрому після операції у групі порівняння було встановлено, що відзначали його у всіх пацієнток. Причому у половини (46,7–50,8%) протягом перших трьох діб після операції він був інтенсивний, у решти (49,2–53,3%) – помірний. Так, у першу добу після операції інтенсивний біль спостерігався у половини хворих (50,8%), на другу добу частота його знизилася (48,4%) і незначно – до третьої доби (46,7%). На четверту добу інтенсивний біль зник. Кількість хворих з помірним болем становила у першу добу 49,2%, на другу добу збільшилася до 51,6% за рахунок зменшення інтенсивного болю у пацієнток, що мали виражений больовий синдром. На третю добу кількість хворих з помірним болем продовжувала збільшуватися (53,3%) з тієї самої причини, а потім їхня кількість стала зменшуватися на четверту (50,0%) і на п'яту добу (51,8%). Слабкий біль у пацієнток групи порівняння не спостерігався протягом перших трьох діб, а на четверту добу з'явилися пацієнтки зі слабким больовим синдромом (50,0%) за рахунок зникнення інтенсивного болю (46,7%) і зменшення помірного болю (3,3%). На п'яту добу слабкий больовий синдром спостерігався у 48,2% пацієнток. Слід зазначити, що у групі порівняння після операції не було пацієнток, які не мали б скарг на больові відчуття.

Усім пацієнткам, які відчували інтенсивний і помірний біль, протягом першої-другої доби призначали наркотичні аналгетики. Важливо, що після лапароскопічних операцій у післяопераційний період наркотичне знеболювання було потрібне невеликій кількості хворих (22,5%), при цьому воно було короткочасним і обмеженим. У 77,5% пацієнток не було потреби у наркотичному знеболюванні у першу добу, оскільки у 68,3% пацієнток біль взагалі був відсутній, у 9,2% він був слабкий. На другу добу кількість пацієнток, які одержували наркотичне знеболювання, скоротилася до 18,3%. Протягом третьої доби знеболювання отримували вже 12,5% пацієнток, з яких одна пацієнтка з ожирінням IV ступеня одержувала знеболювання двічі на добу. Протягом четвертої доби тільки 10 (8,3%) пацієнток одержували наркотичне знеболювання. У цих пацієнток діагностували ожиріння III–IV ступеня, у них був великий обсяг оперативного втручання (гістеректомія) і значний обсяг коагульованих тканин.

Пацієнткам, що одержували наркотичне знеболювання у першу добу, додатково й згодом (протягом першої-другої доби) призначали ненаркотичні аналгетики внутрішньом'язово.

У пацієнток групи порівняння у післяопераційний період всі (100%) пацієнтки, оперовані лапаротомічним доступом, у перші дві доби одержували наркотичне знеболювання. У перший день 12,5% пацієнток одержували відповідні препарати тричі на добу, половина (50,0%) – двічі на добу і 37,5% – одноразово. На другу добу 32,5% хворих одержували наркотики двічі на добу, 67,5% – одноразово. На третю добу половина пацієнток (50,8%) одержували наркотичне знеболювання, з них 5,8% – двічі на добу, а 45,0% – одноразово.

На четверту добу не одержували наркотичного знеболювання 91 (75,9%) пацієнтка групи порівняння, п'ята частина (20,8%) хворих одержувала його одноразово і 2 пацієнтки – дворазово. Це були пацієнтки з ожирінням IV ступеня та метаболічним синдромом у віці 65 та 77 років.

Наркотичні аналгетики у групі порівняння у міру зменшення больового синдрому заміняли ненаркотичними. Крім того, ненаркотичні аналгетики з першої доби призначали додатково й згодом, після скасування наркотичних препаратів (протягом першої-другої доби), один раз на день внутрішньом'язово. Слід зазначити, що у пацієнток основної групи наркотичні й ненаркотичні аналгетики застосовували набагато рідше, ніж у групі порівняння, та призначали коротким курсом. Виявлено, що у першу добу наркотичні аналгетики застосовували у 4,4 разу рідше в основній групі, ніж у групі порівняння, на другу добу – у 5,5 разу, на третю добу – у 4,1 разу і на четверту добу – у 2,7 разу рідше.

Під час аналізу температурної реакції хворих у післяопераційний період виявлено, що на першу добу нормальну температуру тіла мали 53,3% пацієнток основної групи і 49,2% – групи порівняння. Субфебрильну температуру тіла (до 38 °С) відзначали у 43,4 і 33,3% хворих відповідно. Лихоманку (понад 38 °С) зареєстровано у 3,3% хворих у кожній групі.

На другу добу після операції в основній групі нормальна температура тіла була у 65,0% хворих основної групи і 28,3% – групи порівняння, субфебрильну температуру тіла реєстрували у 30,8 і 65,9%, лихоманку – у 4,2 і 5,8% пацієнток відповідно.

На третю добу нормальна температура тіла була у 76,7% пацієнток основної групи і 24,2% групи порівняння, субфебрильна – у 21,7 і 59,1%, лихоманка – у 1,8 і 16,7% хворих відповідно.

У післяопераційний період антибактеріальну терапію з профілактичною метою рекомендували 73,3% пацієнткам основної групи і 89,2% – групи порівняння. Антибактеріальні препарати призначали з урахуванням травматичності операції, температурної реакції та за наявності ожиріння і цукрового діабету. В обох групах антибактеріальну терапію коригували залежно від температурної реакції хворих.

Основною особливістю лапароскопічних операцій була їхня добра переносимість хворими, відсутність порушень функції різних органів і систем у пацієнток, що виражалося у нормальному самопочутті хворих та у швидкому відновленні їхньої рухової активності. При цьому 70,8% пацієнток самостійно вставали на першу добу після операції, у 29,2% рухова активність повністю відновилася протягом 1,0–1,5 доби. Знижену рухову активність відзначали в основному у хворих літнього віку (після 66 років), обтяжених ожирінням та метаболічним синдромом, цукровим діабетом, гіпертонічною хворобою, ішемічною хворобою серця. Причиною

були скарги на погане загальне самопочуття, слабкість, нудоту, головний біль у потиличній ділянці й запаморочення. У цих хворих відзначено підвищення АТ до 155–165 / 95–105 мм рт. ст. У 3,3% пацієнток, що пред'являли скарги на інтенсивний біль післяопераційної рани, рухова активність була знижена протягом двох діб.

У всіх пацієнток основної групи функція сечовипускання після лапароскопічних операцій відновилася протягом 6–24 год. У першу добу після екстирпації матки самостійне сечовипускання спостерігалося у 22,3% пацієнток. У групі порівняння у першу добу у 46,7% хворих сеча відходила по катетеру у зв'язку з більшим обсягом операції (гістеректомія), на другу добу у всіх хворих сечовипускання було самостійним.

Особливістю лапаротомічних операцій була гірша переносимість їх хворими, наявність порушень функції різних органів і систем у пацієнток, що виражалося у відрижці, здутті живота і порушенні перистальтики; неможливості самостійного сечовипускання; поганому самопочутті та в уповільненому відновленні рухової активності хворих. Активізація хворих групи порівняння також відбувалася на першу добу, але рухова активність була знижена у зв'язку з наявністю больового синдрому, зумовленого операційною травмою передньої черевної стінки. У повному обсязі рухова активність у них відновилася через 2–3 доби, у той час як 70,8% пацієнток основної групи самостійно вставали через 3–5 год після операції, а в решти рухова активність повністю відновилася через 24–36 год. При цьому у більшості хворих групи порівняння випорожнення нормалізувалося після третьої доби післяопераційного періоду. Явища парезу кишечнику у перші дві доби спостерігалися у 16,7% пацієнток групи порівняння, з них 13,3% в анамнезі мали череворозтин.

Усім пацієнткам проводили інфузійну терапію, стимуляцію кишечнику М-холіноміметиками та очисними клізмами.

При порівнянні динаміки відновлення функції кишечнику у пацієнток обох груп виявлено, що в основній групі нормалізацію функції кишечнику відзначали раніше, ніж у групі порівняння.

У всіх пацієнток групи порівняння, як і в пацієнток основної групи, загоєння післяопераційного шва відбувалося первинним натягом.

Під час аналізу перебігу супутньої патології було виявлено, що у хворих основної групи із серцево-судинними захворюваннями у післяопераційний період не спостерігалося істотного погіршення стану та змін показників діяльності серцево-судинної системи.

Під час дослідження АТ і ЧСС у пацієнток основної групи з гіпертонічною хворобою спостерігалася незначна тенденція до підвищення АТ.

Також виявлено, що у 13,3% пацієнток з артеріальною гіпертензією відбувалося підвищення АТ до 145–155 / 95–105 мм рт.ст., їм призначали гіпотензивні препарати (інгібітори АПФ, блокатори кальцієвих каналів тощо).

Аналіз представлених даних засвідчив, що у пацієнток, оперованих лапаротомічним доступом, з артеріальною гіпертензією у післяопераційний період спостерігалося достовірне підвищення значень середньодобового АТ. Крім того, виявлено, що у 12,5% пацієнток з артеріальною гіпертензією АТ був підвищений до 170–190 / 100–110 мм рт.ст. Цим пацієнткам була потрібна зміна терапії (після консультації терапевтом).

Під час порівняння представлених даних обох груп виявлено, що у пацієнток з артеріальною гіпертензією групи порівняння середні показники АТ були вищими, ніж в основній групі. Констатовано, що при збільшенні на 1,2–4,1% середньодобових показників САТ і ДАТ в основній групі та у групі порівняння ці показники підвищувалися більш значно – на 13,4–20,6%. Під час аналізу післяопераційного стану хворих з різними видами втручання встановлено, що у хворих основної групи із серцево-судинними захворюваннями та артеріальною гіпертензією у післяопераційний період не спостерігалося серйозного погіршення стану показників серцево-судинної системи, у той час як 6,7% пацієнток групи порівняння потребували інтенсивної терапії.

За даними клінічного аналізу у всіх жінок після операції не зареєстровано істотних змін показників крові.

У структурі абдомінальних ускладнень в основній групі перикультит відзначено в однієї хворої після гістеректомії і в однієї хворої – гематому післяопераційної контрапертури, що потребувало ревізії країв рани та розрізу гематоми на третю добу. Кровотечу з місця введення троакара у лівій здухвинній ділянці відзначено в однієї хворої на першу добу післяопераційного періоду. Термічне пошкодження сечоводу при гістеректомії відзначено у хворої з низьким розташуванням одного з вузлів по задній стінці матки за розмірів міоми 12–13 тиж вагітності. Кровотеча з кукси піхви після екстирпації матки на 21-у добу виникла в однієї хворої, що потребувало накладення швів з гемостатичною метою.

У групі порівняння перикультит після гістеректомії спостерігався у 4 хворих, гематома післяопераційної рани – у 2, розходження шва – у 4, кровотеча з рани – у 3 пацієнток.

Однією з найбільш важливих характеристик післяопераційного періоду є строки перебування пацієнток у клініці. Під час аналізу строків перебування пацієнток у клініці було встановлено, що середня кількість післяопераційних ліжко-днів становила 6 діб в основній групі і 10 діб – у групі порівняння. Причини подовження післяопераційних ліжко-днів у 1,6% пацієнток основної групи були пов'язані з більшим обсягом операції (екстирпація матки). Під час аналізу строків перебування у клініці пацієнток групи порівняння було виявлено, що 21,6% пацієнток перебували після операції у клініці 10 діб, 17,5% пацієнток – 9 діб; 20,0% – 8 діб.

З отриманих даних видно: якщо дві третини (59,2%) пацієнток, оперованих лапаротомічним доступом, перебували у клініці після операції 8–10 діб, то в основній групі хворих, оперованих лапароскопічним доступом, 85,0% жінок перебували у клініці 5–6 діб. Отже, кількість ліжко-днів після лапароскопічних операцій менше у 1,6 разу порівняно з лапаротомічними операціями.

Під час індивідуального аналізу строків перебування хворих у стаціонарі після операції відзначено, що причиною тривалого перебування у клініці після лапаротомічної операції були різні ускладнення.

## ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать, що при компенсованих супутніх серцево-судинних і бронхолегеневих захворюваннях, цукровому діабеті та ожирінні у хворих з гінекологічною патологією необхідно віддавати перевагу лапароскопічному доступу, тому що операція триває менше часу, є менш травматичною і болісною, супроводжується меншою крововтратою порівняно з лапаротомічним доступом. Реабілітація після лапароскопічних операцій триває менше часу, що пов'язано з менш вираженим больовим синдромом, відсутністю порушення функції кишечнику, більш швидким відновленням рухової активності і внаслідок цього – меншою кількістю післяопераційних ліжко-днів. У той самий час підвищення внутрішньочеревного тиску і положення Тренделенбурга негативно позначаються на показниках гемодинаміки у хворих із серцево-судинними захворюваннями, хоча це не призводить до декомпенсації діяльності серцево-судинної системи.

## Особенности течения послеоперационного периода при хирургическом лечении лапаротомическим и лапароскопическим доступом гинекологических заболеваний у женщин с экстрагенитальной патологией

***В.В. Костиков***

определение тактики ведения послеоперационного периода при хирургическом лечении больных с гинекологической и экстрагенитальной патологией.

В исследование были включены 240 пациенток, которые пребывали на лечении в стационаре и были прооперированы по поводу заболеваний внутренних половых органов лапаротомическим и лапароскопическим доступом. У всех пациенток была диагностирована экстрагенитальная патология. В зависимости от доступа операции все пациентки были разделены на две группы. В основную группу вошли 120 пациенток, прооперированных лапароскопическим доступом. В группу сравнения вошли 120 пациенток, прооперированных лапаротомическим доступом. Всем больным проведена клинико-лабораторная оценка течения послеоперационного периода.

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что при компенсированных сопутствующих сердечно-сосудистых и бронхолегочных заболеваниях, сахарном диабете и ожирении у больных при идентичной гинекологической и экстрагенитальной патологии лапароскопический доступ предпочтительнее, так как занимает меньше времени, является менее травматичным и болезненным, сопровождается меньшей кровопотерей по сравнению с лапаротомическим. На реабилитацию после лапароскопических операций требуется меньше времени, что связано с наличием менее выраженного болевого синдрома, отсутствием нарушения функции кишечника, более быстрым восстановлением двигательной активности и вследствие этого – меньшим количеством послеоперационных койко-дней. В то же время повышение внутрибрюшного давления и положение Тренделенбурга негативно сказываются на показателях гемодинамики у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями, хотя это не приводит к декомпенсации деятельности сердечно-сосудистой системы.

Тактика ведения послеоперационного периода у больных с гинекологической и экстрагенитальной патологией зависит от характера соматической заболеваемости, варианта оперативного доступа, кровопотери и результатов клинико-лабораторного обследования.

*гинекологические операции, лапаротомия, лапароскопия, послеоперационный период.*

## Features of the course of postoperative period during surgical treatment laparotomic and laparoscopic access to gynecological diseases in women with extragenital pathology

***V.V. Kostikov***

tactics definition postoperative period at surgical treatment of gynecologic patients with extragenital pathology.

Research included 240 patients who stayed on treatment in a hospital and were operative concerning diseases of internal genitals laparotomical and laparoscopic accesses. All patients had an extragenital pathology. Depending on operation access all patients were divided into two groups. The main group was made by 120 patients who were operated by laparoscopic access. The group of comparison was made by 120 patients whom was operative laparotomical access. Everything patients carried out a clinical-laboratory assessment of a current of the postoperative period.

Results of the conducted researches testify that at the compensated accompanying cardiovascular and pulmonary diseases, a diabetes mellitus and an obesity at gynecologic patients at identical gynecologic and extragenital pathology laparoscopic access is more preferable since takes less time, is less travmatical and morbid, is accompanied by a smaller hemorrhage in comparison with the laparotomical. Aftertreatment after laparoscopic operations takes less time that is bound to existence of less expressed pain syndrome, lack of disturbance of function of an intestine, faster restoration of a physical activity and thereof in the smaller postoperative afternoon. At the same time rising of intra abdominal pressure and the provision of Trendelenburg negatively affect hemodynamic indicators at patients with cardiovascular diseases though it doesn't lead to a decompensation of activity of cardiovascular system.

Tactics of maintaining the postoperative period at gynecologic patients with extragenital pathology depends on character of a somatic case rate, option quick to access, a hemorrhage and results of clinical-laboratory inspection.

*gynecologic operations, laparotomy, laparoscopy, postpoerative period.*

### Сведения об авторе

**Костиков Валерий Валериевич** – Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика, 01011, г. Киев, ул. Арсенальная, 5; тел.: (044) 285-04-24

### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Адамян Л.В., Кулаков В.И., Аскольская С.И. Качество жизни женщин после различных типов гистерэктомий, выполненных лапароскопическим, лапаротомическим и влагалищным доступами // Эндоскопия в гинекологии. – М., 2009. – С. 135–148.
2. Бреусенко В.Г., Кравчук О.С., Евсеев А.А. Особенности ведения больных после лапароскопических операций на матке // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. – 2010. – № 2. – С. 44–49.
3. Вдовиченко Ю.П., Горбунова О.В., Волошин А.А. Комплексная предоперационная подготовка и послеоперационная профилактика при лапароскопических операциях в гинекологии // Здоровье женщины. – 2015. – № 4 (24). – С. 157–158.
4. Венцковский Б.М., Жегулович В.Г., Яроцкий Н.Е. Современные аспекты лапароскопической хирургии в гинекологии // Международный медицинский журнал. – 2012. – № 1–2. – С. 112–115.
5. Запорожан В.М., Гладчук І.З., Рожковська Н.М. Ендоскопічна хірургія в гінекологічній клініці // Шпитальна хірургія. – 2008. – № 4. – С. 32–40.
6. Козуб Н.И. Лапароскопия в диагностике и лечении гнойных воспалительных заболеваний придатков матки // Международный медицинский журнал. – 2011. – № 3. – С. 53–56.
7. Bartos P., Zelenka Z. Total laparoscopic hysterectomy: current role in gynecology surgery // Ceska Gynekol. – 2015. – Vol. 64, № 4. – P. 224–227.
8. Chapron C.M., Dubuisson J.B., Ansquer Y. Is total laparoscopic hysterectomy a safe surgical procedure? // Human Reproduction. – 2015. – Vol. I. – P. 2422–2424.

*Статья поступила в редакцию 01.09.17*