

Повторна лапароскопія при ускладненнях після гінекологічних ендоскопічних операцій

В. В. Костіков

Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика,
м. Київ

Мета дослідження: аналіз результатів повторних лапароскопій у пацієнток гінекологічного профілю з підозрою на внутрішньочеревні післяопераційні ускладнення.

Матеріали та методи. У дослідженні брали участь 42 пацієнтки (середній вік – $46 \pm 11,3$ року), в яких післяопераційні абдомінальні ускладнення після хірургічного лікування різних гінекологічних захворювань потребували повторних операцій. Залежно від способу повторного втручання пацієнтки розподілені на дві групи: основна ($n=20$) – жінки, в яких для корекції післяопераційних ускладнень використовували тільки лапароскопію; контрольна ($n=22$) – жінки, в яких для корекції післяопераційних ускладнень у ході діагностичної лапароскопії були показання до релапаротомії. У 8 пацієнток контрольної групи одразу виконано релапаротомію.

Усім пацієнткам проводили комплексне обстеження із застосуванням клінічних, інструментальних і лабораторних методів дослідження. Групи були однорідними за віком і структурою операцій, проведених на органах малого тазу, та статистично зіставними.

Результат. У ході дослідження проаналізовані результати повторних лапароскопій 34 пацієнток гінекологічного профілю з підозрою на внутрішньочеревне післяопераційне ускладнення. У всіх пацієнток основної групи (47,6%) лапароскопія виявилась єдиним і кінцевим методом лікування післяопераційних ускладнень. Водночас у 7 жінок проведені повторні релапароскопії від 2 до 4 разів, у 13 пацієнток лапароскопію виконано однократно. У групі контролю (52,3%) у 10 пацієнткам у ході діагностичної лапароскопії були показання до релапаротомії, у 4 пацієнток можливості операційної бригади і лапароскопічної техніки дозволили виконати деякі елементи операції і завершити її мінілапаротомним доступом, у 8 пацієнток одразу проведено релапаротомію.

У структурі ранніх абдомінальних ускладнень превалюють перитоніт і внутрішньочеревні кровотечі. Застосування відеолапароскопічної методики дозволило у 28,6% хворих з розлитим перитонітом успішно ліквідувати розвинене ускладнення, усунути його джерело і провести санацію черевної порожнини. Лапароскопічний гемостаз успішно виконано у 7 пацієнток.

Застосування відеоендоскопічної методики, порівняно зі стандартною, дозволило покращити показники діагностичної цінності: збільшити в 1,07 раза рівень чутливості, в 1,39 раза специфічності і в 1,11 раза точності діагностики. **Заключення.** Загалом у ранній післяопераційний період з приводу підозрюваних ускладнень виконано 47 релапароскопій, що пояснюється проведенням програмованих санацій черевної порожнини і застосуванням динамічної лапароскопії для контролю перебігу внутрішньочеревного ускладнення. На підставі аналізу досліджуваного матеріалу були запропоновані загальні показання і протипоказання до проведення релапароскопій у ранній післяопераційний період з метою діагностики і лікування післяопераційних ускладнень. Обґрунтовуючи кожний з пунктів, ми керувались реальними можливостями методу в загальній клінічній практиці, які у низці випадків поступаються своєю ефективністю релапаротомії.

Ключові слова: лапароскопія, лапаротомія, ендоскопічна хірургія, абдомінальні ускладнення, параметри діагностичної цінності

Останніми десятиліттями лапароскопічна хірургія стрімко поширюється в сучасній гінекології. Основною перевагою малоінвазивних операцій є низька травматичність, що дозволяє зменшити число ускладнень, покращити перебіг післяопераційного періоду, знизити термін перебування у стаціонарі та тимчасової втрати працездатності [1, 2]. Розвиток лапароскопічної хірургії в гінекології дозволяє значно розширити спектр втручань і покращити їх результати.

Сьогодні не викликає сумнівів діагностична цінність лапароскопії, а спектр гінекологічних операцій, які виконують за її допомогою, все більше розширюється. Сучасна лапароскопічна техніка дозволяє проводити дослідження як під час планового обстеження, так і виконувати операції при невідкладних загрозливих станах (позаматкова вагітність, апоплексія яєчника, запальні захворювання органів малого таза – ОМТ, перекрут ніжки пухлини чи пухлиноподібного ураження яєчника, субсерозна міома), а також з метою диференційної діагностики гострої хірургічної та гінекологічної патології.

Оскільки патологія часто виникає у жінок репродуктивного віку, ця проблема має не тільки медичне, але й соціальне значення, що диктує необхідність пошуку таких методів профільного хірургічного лікування, які б дозволили максимально зберегти уражений орган, запобігти розвитку вираженого спайкового процесу в черевній порожнині і таким чином зберегти репродуктивну функцію жінки [3, 4].

Лапароскопія – огляд органів черевної порожнини за допомогою ендоскопа, введеного через передню черевну стінку. Незважаючи на те, що сучасні способи візуальної діагностики (ультразвук, комп'ютерна томографія) здебільшого можуть замінити лапароскопію, останніми роками спостерігають тенденцію до більш поширеного і раннього застосування лапароскопічної діагностики під час обстеження пацієнток гінекологічного профілю. Цей метод дає змогу провести диференційну діагностику захворювань жіночих статевих органів, максимально точно оцінити характер і поширеність патологічного процесу. За допомогою лапароскопії можна виявити патологію, яку неможливо запідозрити, орієнтуючись на скарги хворої, а інколи і на результати інших методів дослідження [5, 6].

Ендоскопічне дослідження ОМТ складається з декількох етапів:

- пункція черевної порожнини та створення пневмоперитонеуму;
- введення троакарів і лапароскопу;
- огляд органів черевної порожнини;

- виконання різноманітних маніпуляцій;
- видалення лапароскопу та виведення газу з черевної порожнини.

Для забезпечення максимально ефективної діагностики лікар повинен знати принципи, переваги та обмеження кожного дослідження, щоб обрати метод відповідно до індивідуальних особливостей хворої. Ендоскопічні лікувально-діагностичні методи належать до малоінвазивних напрямків у хірургії і є прикладом того, як досягнення в науці та технічний прогрес привели до кардинальних змін при лікуванні багатьох хвороб [7–10].

До сьогодні ендоскопічна хірургія нерідко піддається критиці, а противники лапароскопічного доступу, як один з основних аргументів, наводять відомості про більшу кількість ускладнень під час та після лапароскопічних втручань порівняно з операціями, виконаними шляхом лапаротомії. Ситуація, що склалася в галузі гінекологічної лапароскопії, диктує необхідність вирішення низки актуальних питань, пов'язаних з ускладненнями лапароскопії в гінекології.

Як свідчить статистика, порівняно з класичною хірургічною операцією відсоток ускладнень при лапароскопії значно нижчий [11, 12]. Однак можливі все-таки поранення внутрішніх органів і пошкодження кровоносних судин із подальшою кровотечею, виникнення запальних процесів і непрохідність кишечника в післяопераційний період. Ці ускладнення бувають за наявності масивного спайкового процесу в черевній порожнині і малому тазі.

Післяопераційним ускладненням вважають новий патологічний стан, нехарактерний для нормального перебігу післяопераційного періоду, який не є наслідком прогресування основного захворювання, з приводу якого відбувалось оперативне втручання і яке потребувало додаткового лікування (оперативного і медикаментозного), що подовжило термін перебування пацієнта у стаціонарі [13–15]. Післяопераційне ведення хворих ґрунтується на моніторингу серцево-судинної, дихальної, сечовивідної систем, лабораторних даних. Частота післяопераційних ускладнень зменшується при повноцінному обстеженні, правильно поставленому діагнозі, обґрунтованому об'ємі оперативного втручання, оцінюванні загального стану хворої, адекватній передопераційній підготовці [16, 17].

Незважаючи на постійне вдосконалення діагностичного обладнання, лікарське забезпечення і новітні прийоми оперативних втручань, не завжди вдається уникнути розвитку післяопераційних абдомінальних ускладнень, які потребують виконання повторних операцій. Частота повторних втручань коливається, за даними різних авторів, від 0,9% до 14,3% до загального числа операцій на органах черевної порожнини [18, 19]. Особливо важливо передбачити можливі ускладнення, прогнозувати їх до здійснення оперативного втручання. Знання причин ускладнень лапароскопії в гінекології сприятиме розробленню дієвих заходів профілактики, а в разі виникнення ускладнень – своєчасній і раціональній тактиці дій хірурга при їх діагностиці та корекції.

У зв'язку з цим представляється актуальним дослідження, присвячене вивченню й аналізу ускладнень лапароскопії в гінекології для підвищення ефективності та безпеки лапароскопічних втручань.

Мета дослідження: аналіз результатів повторних лапароскопій у пацієнок гінекологічного профілю з підозрою на внутрішньочеревні післяопераційні ускладнення.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

У ході дослідження проаналізовано результати хірургічного лікування 42 (n=42) пацієнок, в яких післяопераційні абдомінальні ускладнення різних гінекологічних захворювань потребували повторних операцій. До ранніх внутрішньочерев-

них ускладнень належать ті ускладнення, які виникли в післяопераційний період і пов'язані із втручанням, проведеним з приводу основного захворювання. За терміном вони співпадали за часом одразу після оперативного втручання і до виписки із стаціонару. Вік пацієнток коливався від 20 до 75 років (середній вік – $46 \pm 11,3$ року).

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

- основна ($n=20$) – жінки, в яких для корекції післяопераційних ускладнень використовували тільки лапароскопію;
- контрольна ($n=22$) – жінки, в яких для корекції післяопераційних ускладнень у ході діагностичної лапароскопії були показання до релапаротомії.

У 8 пацієнток контрольної групи одразу виконано релапаротомію.

Усім пацієнткам проводили комплексне обстеження із застосуванням клінічних, інструментальних і лабораторних методів дослідження. У всіх хворих комплексно вивчали історію хвороби, антропометричні показники, особливості виконання оперативного втручання, перебіг післяопераційного періоду, а також проводили додаткові дослідження щодо функціонального стану органів і систем.

Групи були однорідними за віком і структурою операцій, виконаних на органах малого таза, та статистично зіставними.

Математичне і статистичне оброблення отриманих даних проводили за допомогою пакета статистичних програм Microsoft Office Excel і «Statistica». Оцінювання статистичної значущості відмінностей проводили із застосуванням параметричного t-критерію Стюдента для незалежних вибірок.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Усі післяопераційні абдомінальні ускладнення серед 42 пацієнток гінекологічного профілю потребували повторних операцій. Було проаналізовано результати повторних лапароскопій у 34 пацієнток обох обстежуваних груп, у 8 пацієнток контрольної групи одразу виконано релапаротомію.

У зв'язку із внутрішньочеревними ускладненнями повторні операції виконували у різні терміни від їх діагностування (від декількох годин до 14 діб) після першої операції. Несприятливий перебіг післяопераційного періоду вимагав виконання додаткових лікувальних і діагностичних заходів. Екстремними показаннями до повторної операції вважались наявність післяопераційного перитоніту і внутрішньочеревної кровотечі, терміновими – при абсцесах черевної порожнини і симптомах ранньої спайкової кишкової непрохідності.

Передопераційну підготовку у вигляді інтенсивної консервативної терапії проводили протягом 3–24 год. Структуру ранніх внутрішньочеревних ускладнень, з приводу яких виникла необхідність в активній хірургічній тактиці, представлено в табл. 1.

Таблиця 1

Структура ранніх післяопераційних абдомінальних ускладнень

Характер ускладнень	Основна група		Контрольна група	
	Абс. число	%	Абс. число	%
Післяопераційний перитоніт	12	60,0	11	50,0
Абсцеси черевної порожнини	1	5,0	2	9,0
Рання кишкова непрохідність	2	10,0	3	13,6
Внутрішньочеревні кровотечі	5	25,0	6	27,2
Усього	20	100	22	100

У всіх пацієнток основної групи (47,6%) лапароскопія була єдиним і кінцевим методом лікування післяопераційних ускладнень. При цьому у 7 (16,6%) жінок виконували повторні релапароскопії від 2-х до 4-х разів, а у 13 (30,9%) пацієнток лапароскопію проведено однократно. У 10 (23,8%) пацієнток контрольної групи у ході діагностичної лапароскопії були показання до релапаротомії. У 4 пацієнток можливості операційної бригади і лапароскопічної техніки дозволили виконати деякі елементи операції і завершити її мінілапаротомним доступом, зменшуючи інвазивність повторної операції. У 8 пацієнток контрольної групи з виявленою післяопераційною патологією, яка вимагала хірургічного втручання, одразу виконано релапаротомію. Отже, в групі контролю однократну релапаротомію проведено у 16 (38,1%) хворих, двократну – у 5 (11,9%), трикратну – в 1 (2,4%).

У структурі ранніх абдомінальних ускладнень після операції найчастіше фіксували післяопераційний перитоніт – 23 (18,8%) випадки. Клінічно об'єктивних ранніх ознак післяопераційного перитоніту, що розвивався, нам виявити не вдалося. Діагностувати розлитий прогресуючий післяопераційний перитоніт найчастіше вдавалось за допомогою ультразвукового і рентгенологічного методів. Відеолапароскопічну методику для діагностики і лікування післяопераційного перитоніту використовували у 20 пацієнток. Отже, застосування лапароскопії дозволило у 28,6% хворих з розлитим перитонітом успішно ліквідувати розвинене ускладнення, усунути його джерело і провести санацію черевної порожнини.

Післяопераційні кровотечі відзначено в 11 (26,2%) випадках. Серед кровотеч у ранній післяопераційний період частіше спостерігались кровотечі з культі додатків, троакарних ран і позачеревні кровотечі (10 спостережень). В одному випадку джерело кровотечі не встановлено. Лапароскопічний гемостаз успішно виконано у 7 пацієнток: 2 випадки кровотечі в позачеревну порожнину, 2 – із троакарної рани, 1 – з культі воронкотазової зв'язки, 2 – з культі яєчника.

Слід відзначити, що відеоендоскопічні технології застосовували у пацієнток із малою і середньою інтенсивністю кровотеч. Профузну інтенсивну кровотечу, яка потребувала екстреної релапаротомії, зафіксовано в одному випадку (група контролю). У 2 випадках кровотеча зупинилась мимовільно до моменту виконання лапароскопії і, таким чином, ендовідеохірургічне втручання дозволило уникнути даремної лапаротомії.

Клініка кишкової непрохідності у ранній післяопераційний період нашаровувалась на парез кишечника на тлі інтенсивної терапії, що значно погіршувало її прояви. Суттєво покращити результати діагностики і визначити показання до повторного хірургічного втручання дозволяє ультразвукова діагностика. Кишкова непрохідність у всіх 5 (11,9%) випадках мала спайковий характер. Лапароскопічні втручання при кишкової непрохідності виконані у 2 пацієнток. В однієї хворої після гінекологічної операції в анамнезі виникли технічні труднощі, пов'язані з наявністю нерухомого конгломерату, що вимагало переходу до лапаротомії. У 2 випадках одразу виконано релапаротомію.

Загалом у ранній післяопераційний період з приводу післяопераційних ускладнень було виконано 47 релапароскопій 20-ти хворим. Така кількість релапароскопій пояснюється проведенням програмованих санацій черевної порожнини і застосуванням динамічної лапароскопії для контролю перебігу внутрішньочеревного ускладнення.

Успішному здійсненню релапароскопій у ранній післяопераційний період сприяло проведене до операції повноцінне обстеження, насамперед ультразвукове, яке

дозволило найбільш повно оцінити можливість проведення малоінвазивного втручання і обрати точки доступу до черевної порожнини. Також необхідними умовами вважали проведення адекватного загального знеболення, яке передбачало інтубаційний наркоз, цілодобовий доступ до використання лапароскопічної стойки та інструментарію, склад хірургічної бригади, до якої увійшли гінеколог-хірург із достатнім досвідом в абдомінальній хірургії та лікар, який брав участь у першій операції.

На підставі аналізу досліджуваного матеріалу були запропоновані загальні показання і протипоказання до проведення релапароскопії у ранній післяопераційний період з метою діагностики і лікування післяопераційних ускладнень (табл. 2). Обґрунтовуючи кожний з пунктів, ми керувались реальними можливостями методу в загальній клінічній практиці, які у низці випадків поступають за своєю ефективністю релапаротомії.

Для визначення діагностичної значущості й ефективності лапароскопії в діагностиці абдомінальних ускладнень після порожнинних гінекологічних втручань нами визначені чутливість (Se), специфічність (Sp) і точність (Ac) лапароскопії у 34 пацієнток. Ці діагностичні показники розраховували за відповідними формулами (табл. 3) після визначення кількості істинопозитивних (TP), істинонегативних (TN), хибнопозитивних (FP) і хибнонегативних (FN) результатів виконання лапароскопії за загальноприйнятною методикою.

Так, в основній групі істинопозитивними (TP) було визнано 22 результати. При лапароскопічній діагностиці діагностовано внутрішньочеревне ускладнення з наступним переводом діагностичної лапароскопічної операції у лікувальну. Істинонегативними (TN) визнані 10 результатів.

Таблиця 2

Показання і протипоказання до проведення релапароскопії у ранній післяопераційний період за наявності післяопераційних ускладнень

Показання	Протипоказання
Наявність вільної рідини в черевній порожнині у поєднанні зі стійким больовим синдромом і клінічними ознаками розвитку післяопераційного інтраабдомінального ускладнення	Абсолютні
	Тяжкий і нестабільний стан хворої, зумовлений глибокими порушеннями функцій життєво важливих органів і систем
Наявність обмеженого внутрішньочеревного рідинного утворення з відповідною клінічною картиною при неможливій його санації під контролем УЗД	Наявність супутньої патології, яка є протипоказанням для інтубаційного наркозу і не дозволяє проведення пневмоперитонеуму
Наявність ознак ранньої внутрішньочеревної кровотечі середньої і малої інтенсивності	Інтенсивна внутрішньочеревна кровотеча, коли для швидкого виявлення її джерела і зупинки необхідна екстрена релапаротомія
	Відносні
Особливості первинного хірургічного втручання і необхідність здійснення візуального контролю при високому ризику розвитку ускладнень	Масивний спайковий процес у черевній порожнині
	Декомпенсована кишкова непрохідність

Під час виконання діагностичної лапароскопії не виявлено жодної патології в черевній порожнині. Цей факт підтверджено в ході подальшого динамічного спостереження за хворими. Хибнопозитивними (FP) визнані 2 результати діагностичних лапароскопій, у ході виконання яких у хворих діагностовано масивну внутрішньочеревну кровотечу, що стало показанням до виконання розширеної діагностичної операції лапаротомним доступом з метою точного визначення характеру й обсягу пошкоджень з наступним їх усуненням. Під час проведення лапароскопічної діагностики хибнонегативних (FN) результатів не отримано.

При застосуванні стандартної лікувальної тактики обстеження (без використання ендовідеохірургічної методики) серед пацієнток контрольної групи істинопозитивними (TP) було визнано 14 результатів. У хворих за наявності клінічних ознак післяопераційного ускладнення вирішено проводити операцію шляхом лапаротомного оперативного доступу. Істинонегативними (TN) визнані 3 результати. У хворих діагностовано внутрішньочеревне ускладнення і хірургічне втручання виконано лапаротомним доступом, але в ході операції обсяг пошкоджень органів черевної порожнини перевищив попередньо діагностований. Хибнопозитивними (FP) визнані 2 результати.

На підставі результатів обстеження у пацієнток припущено внутрішньочеревне ускладнення і виконана лапаротомія, але при ревізії черевної порожнини діагноз не підтвердився. Хибнонегативним (FN) був визнаний 1 результат. При застосуванні стандартної схеми діагностики у хворі не виявлено будь-яких ускладнень з боку органів черевної порожнини. Однак у результаті динамічного спостереження констатовано розвиток клінічної картини кишкової непрохідності, що стало показанням до виконання хірургічного втручання шляхом лапаротомії.

Отже, враховуючи отримані результати, нами розраховані параметри діагностичної цінності (чутливість, специфічність, точність) лапароскопії порівняно зі стандартною лікувальною тактикою в діагностиці внутрішньочеревних ускладнень після гінекологічних втручань (див. табл. 3).

Розрахункові дані табл. 3 свідчать, що використання лапароскопії як ендовідеохірургічної методики діагностики дозволило збільшити в 1,07 раза рівень чутли-

Таблиця 3

Діагностична цінність лапароскопії в діагностиці внутрішньочеревних ускладнень після гінекологічних втручань

Методика	Показники діагностичної цінності*, %		
	Чутливість $Se = TP / (TP + FN) \times 100\%$	Специфічність $Sp = TN / (TN + FP) \times 100\%$	Точність $Ac = (TP + TN) / N \times 100\%$
Лапароскопічна	$22 / (22 + 0) \times 100\% = 100$	$10 / (10 + 2) \times 100\% = 83,3$	$(22 + 10) / 34 \times 100\% = 94,1$
Стандартна	$14 / (14 + 1) \times 100\% = 93,3$	$3 / (3 + 2) \times 100\% = 60$	$(14 + 3) / 20 \times 100\% = 85$

Примітки: TP – істинопозитивних при лапароскопії – 22, при лапаротомії – 14;

FN – хибнонегативних при лапароскопії – 0, при лапаротомії – 1;

TN – істинонегативних при лапароскопії – 10, при лапаротомії – 3;

FP – хибнопозитивних при лапароскопії – 2, при лапаротомії – 2;

N – загальна кількість спостережень – 34.

вості, в 1,39 раза – специфічність і в 1,11 раза – точність діагностики порівняно зі стандартною методикою.

Отже, доцільність застосування лапароскопії при післяопераційних гінекологічних внутрішньочеревних ускладненнях визначається високим рівнем діагностичної цінності цієї методики, а також високою вірогідністю переведу діагностичного втручання в ефективну лікувальну операцію.

ВИСНОВКИ

1. У структурі абдомінальних післяопераційних ускладнень превалюють перитоніт, внутрішньочеревні кровотечі, кишкова непрохідність, зумовлена черевними спайками. При виникненні раннього післяопераційного абдомінального ускладнення завершальним етапом діагностики необхідно проводити релапароскопію з оцінюванням можливості проведення малоінвазивного втручання.

2. Лапароскопічні операції при підозрі на розвиток раннього внутрішньочеревного ускладнення у післяопераційний період є альтернативою діагностичної релапаротомії, а впровадження запропонованої тактики з урахуванням загальних показань і протипоказань до застосування відеоендоскопічної методики дозволить покращити результати комплексного лікування жінок з патологією органів малого таза.

3. Використання лапароскопії як ендовідеохірургічної методики в діагностиці внутрішньочеревних ускладнень після гінекологічних операцій дозволяє збільшити параметри діагностичної цінності (чутливість, специфічність, точність) порівняно зі стандартною методикою.

Repeated laparoscopy is at complications after gynaecological endoscopic operations.

V. V. Kostikov

The objective: to analyse the results of repeated laparoscopy for the patients of gynaecological type with suspicion on intra-abdominal postoperative complications.

Materials and methods. 42 patients (middle age – $46 \pm 11,3$ years) in which postoperative abdominal complications after surgical treatment of different gynaecological diseases needed the repeated operations took part in research. Depending on the method of the repeated interference patients are up-diffused on 2 groups: basic ($n=20$) are women in which for the correction of postoperative complications used laparoscopy only; control ($n=22$) are women in which for the correction of postoperative complications during diagnostic laparoscopy there were the proposed testimonies to relaparotomy. In 8 patients of control group relaparotomy is executed at once.

A complex inspection was conducted all patients with application of clinical, instrumental and laboratory methods of research. Groups were homogeneous on age and by the structure of operations, executed on the organs of small pelvic, and statistically comparative.

Results. During research the analysed results of repeated laparoscopy of 34 patients of gynaecological type are with suspicion on intra-abdominal postoperative complication. For all patients of basic group (47,6%) laparoscopy appeared the unique and eventual method of treatment of postoperative complications, here in 7 women repeated pelaparoscopy was used from 2 to 4 times, and in 13 laparoscopy it is conducted singly. In the group of control (52,3%) to 10 patients during diagnostic laparoscopy were exposure of testimony to relaparotomy, for 4 patients of possibility of operating brigade and laparoscopic technique allowed to execute some elements of operation and complete it minilaparotomy access, and in 8 patients relaparotomy is executed at once.

Peritonitis and intra-abdominal bleeding predominate in the structure of early abdominal complications. Application of videolaparoscopic method allowed in 28,6% patients with the poured out peritonitis successfully to liquidate the developed complication, remove his source and conduct санацію of abdominal region. Laparoscopic hemostasis is successfully executed in 7 patients.

By comparison to standard, the use of videoendoscopic method allowed to improve the indexes of diagnostic value: to increase the level of sensitiveness in 1,07 times, in 1,39 times of specificity and in 1,11 times of exactness of diagnostics.

Conclusion. On the whole in an early postoperative period concerning the suspected complications it is executed 47 pelaparoscopy, that is explained by the leadthrough of programmable sanitation of abdominal region by application of dynamic laparoscopy for control of motion of intra-abdominal complication. On the basis of analysis of the investigated material we are offer general testimonies and contra-indications to the leadthrough of pelaparoscopy in an early postoperative period with the purpose of diagnostics and treatment of postoperative complications. Substantiating each of points, we followed the real possibilities of method in general clinical practice, which in the row of cases act after the efficiency of relaparotomy.

Keywords: *laparoscopy, laparotomy, endoscopic surgery, abdominal complications, parameters of diagnostic value.*

Відомості про автора

Костіков Валерій Валерійович – канд. мед. наук, кафедра акушерства, гінекології та перинатології, Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, м. Київ. *E-mail:* kostikov.valeriy@gmail.com

ORCID: 0009-0008-6716-4858

Information about the author

Kostikov Valery V. – candidate of medical sciences, department of obstetric, gynecology and perinatology, Shupyk National Healthcare University of Ukraine of MH Ukraine, Kyiv. *E-mail:* kostikov.valeriy@gmail.com

ORCID: 0009-0008-6716-4858

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Anger J, Lee U, Ackerman AL., 2019. Recurrent uncomplicated urinary tract infections in women // AUA/CUA/SUFU Guideline. Urol.:202(2):282–9.
2. Ankardal M, Ekerydh A, Crafoord K., 2020. A randomized trial comparing open Burch colposuspension using sutures with laparoscopic colposuspension using mesh and staples in women with stress urinary incontinence // Brit Obstet Gynecol.:116:974–81.
3. Arbogast JD, Welch RA, Riza ED., 2021. Laparoscopic assisted vaginal hysterectomy appears to be an alternative to total abdominal hysterectomy // Laporoendosc Surg.:4:185–90.
4. Argentino GLS, Bueloni-Dias FN., 2019. The role of laparoscopy in the propaedeutics of gynecological diagnosis // Acta Cir Bras.: 14:34(1).
5. Asherson RA., 2020. Annotation: low molecular weight heparin (S) // Brit Haematol.:3:90–1.
6. Badiglian-Filho L, Menezes ANO., 2019. Intraoperative ultrasound leads to conservative management of benign ovarian tumors: A retrospective, single-center study // Rev Bras Ginecol Obstet.:41(11):673–8.
7. Benacerat BR, 2020. Consider ultrasound first for imaging the female pelvis // Am Obstet Gynecol.:212(4):450–5.
8. Berkeley AS, De Cherney AH, Polan ML., 2019. Abdominal myomectomy and subsequent fertility // Surg Gynecol Obstet.:186:319–22.
9. Brihmer Ch, Kallings I, 2019. Second look laparoscopy; evaluation of two different antibiotic regimens after treatment of acute salpingitis // Eur Obstet Gynecol.:50(3):263–74.
10. Bulas DI, 2019. Pelvic inflammatory disease in the adolescent: comparison of transabdominal and transvaginal sonographic evaluation // Radiol.:113(2):435–9.
11. Canis M, Mage G, Bruhat M., 2021. Is minilaparotomy an alternative to laparoscopy for the ambulatory management of ovarian cysts // Am Obstet Gynecol.:175:509–10.

12. Casarin J, 2021. Minilaparoscopy in gynecology: applications, benefits and limitations // *Minerva Obstet Gynecol.*:73(2):179–84.
13. Cerovac A, Habek D, Hudić I, Kamberić L., 2021. Laparoendoscopic ovarian-sparing surgery of adnexal tumors in children and adolescents by general gynecologists: A 10-year, retrospective cohort study // *Laparoendosc Adv Surg Tech.*:31(9):1055–60.
14. Chang BC, 2022. Bilateral tubo- ovarian actinomyosis in the presence of an intrauterine device: a case report // *Chung Hua Hsueh.*:77(3):228–31.
15. Chen R, 2020. The effects and costs of laparoscopic versus abdominal myomectomy in patients with uterine fibroids: a systematic review and meta-analysis // *BMC Surg.*:20(1):55.
16. Dabi Y, 2022. Total hysterectomy by low-impact laparoscopy to decrease opioids consumption: A prospective cohort study // *Clin Med.*:11(8):2165.
17. Daniell JF, Gourley LD., 2019. Laparoscopic treatment of clinically symptomatic uterine fibroids // *Gynecol Surg.*:17;37–40.
18. Daraiv E, Echaud H, Benifla JL., 2020. Fertility-after laparoscopic myomectomy // *Hum Reprod.*:12;1931–4.
19. Dicker RC, Greenspan JR, Strauss LT., 2018. Complications of abdominal and vaginal hysterectomy among women of reproductive age in the United States // *Am Obstet Gynecol.*:174:841-9.