

DOI: 10.52705/2788-6190-2026-02-5
УДК 618.11-006.03-089:18.14-089.87

Порівняльні аспекти хірургічного лікування пацієнок з доброякісними пухлинами яєчників, які перенесли гістеректомію

О. В. Забудський

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

Мета дослідження: вивчити порівняльні аспекти хірургічного лікування пацієнок з доброякісними пухлинами яєчників після гістеректомії.

Матеріали та методи. Проведено ретроспективний аналіз історій хвороби і відеозаписів операцій 83 пацієнок, оперованих з приводу доброякісних пухлин яєчників. Усі пацієнтки поступили в стаціонар у плановому порядку з діагнозом «Доброякісне новоутворення яєчника». Скарги на хронічний тазовий біль і біль при статевих контактах пред'являли 65 з 83 пацієнок. Усі пацієнтки раніше перенесли тотальну або субтотальну гістеректомію без додатків лапаротомним доступом з приводу міоми матки, аденоміозу, рецидивуючих дисфункціональних маткових кровотеч. 1 основна група – 48 пацієнок було оперовано з приводу пухлин яєчників лапароскопічним доступом. До групи порівняння увійшли 35 пацієнок, що підлягли лапаротомній операції з приводу пухлин яєчників.

До комплексу проведених досліджень входили клінічні, лабораторні, інструментальні та статистичні методи.

Результати. В основній групі пацієнок зареєстровано 2 (6,25 %) ускладнення: поранення сечового міхура – 1 (20,8/1000), кровотеча – 1 (20,8/1000). Під час екстирпації кукси шийки матки сталося поранення сечового міхура лапароскопічними ножицями на етапі дисекції через щільне зрощення сечового міхура з куксою шийки матки. Протяжність дефекту становила близько 1 см. Ускладнення було діагностовано інтраопераційно за допомогою введення розчину метиленового синього в катетеризований сечовий міхур. Дефект сечового міхура розміром 0,5 см ушитий дворядними вузловими швами. Як шовний матеріал використовували вікріл. У післяопераційний період проводили постійну катетеризацію сечового міхура протягом 5 днів. Післяопераційний період перебігав без ускладнень. Пацієнтка виписана зі стаціонару на сьому добу.

Інтраопераційна кровотеча розвинулася при виконанні аднексектомії із застосуванням біполярної коагуляції. Так, попередня коагуляція супроводжувала-

Перинатологія та репродуктологія: від наукових досліджень до практики | **Perinatology and reproductology:** from research to practice

ся глибоким розсіченням тканин. Трудність проведення гемостазу в умовах кровотечі, що розвинулася, полягала в невеликих розмірах кукси зв'язки і, як наслідок, трудностю захоплення пошкодженої судини. Виникле ускладнення не потребувало конверсії, кровотечу було зупинено біполярною коагуляцією, при цьому обсяг крововтрати становив 250 мл.

Під час операцій лапаротомним доступом з приводу пухлин яєчників зареєстровано 5 (14,3 %) ускладнень: у 3 (85,7/1000) спостереженнях сталося поранення тонкої кишки при розділенні спайок, 1 – поранення сечового міхура, 1 – інтраопераційна кровотеча з воронко-тазової зв'язки при мобілізації пухлини яєчника. Вивчення катамнезу цих пацієнток продемонструвало, що в терміни спостереження від 3 міс до 3 років після операції рецидиву захворювання не виявлено.

Висновки. Результати порівняльної характеристики різних методів хірургічного лікування доброякісних новоутворень яєчників після гістеректомії свідчать, що лапароскопія дозволяє анатомічно і максимально дбайливо виконати адекватне хірургічне втручання при новоутвореннях яєчників після гістеректомії. Отримані дані необхідно використовувати під час розроблення алгоритму діагностичних та лікувально-профілактичних заходів.

Ключові слова: новоутворення яєчників, гістеректомія, хірургічне лікування, порівняльні аспекти.

Гістеректомія – одне з найбільш поширених оперативних втручань в індустріально розвинених країнах [1, 2]. На сьогодні проблема тактики ведення, вибору оперативного доступу та об'єму хірургічного лікування пухлин і пухлиноподібних утворень яєчників складна і викликає багаточисельні дискусії, особливо щодо пацієнток, які раніше перенесли оперативні втручання з приводу захворювань органів малого таза [3, 4].

Значні зміни у вирішенні даної проблеми були внесені із впровадженням в широку практику хірургічної лапароскопії як хірургічного доступу, що дозволяє здійснити 85–95 % операцій на придатках матки [5, 6]. Накопичений світовий досвід використання лапароскопічного доступу дозволяє проводити операції будь-якої складності на органах малого таза. Лапароскопія стала пріоритетним напрямом у лікуванні широкого спектра гінекологічних захворювань, зокрема і пухлин яєчників. Ендоскопічний доступ дає можливість за рахунок оптичного збільшення виробляти тонке анатомічне відділення патологічно зміненої тканини органа від інтактної [7, 8], що дозволяє чіткіше розділити радикальні та органозберігаючі операції.

У літературі обговорюється питання про можливість вживання лапароскопічного доступу у пацієнток з пухлинами яєчників, що мають череворозтини в анамнезі, зокрема у пацієнток, що раніше перенесли лапаротомну тотальну і субтотальну гістеректомію [9, 10]. Наявність декількох череворозтинів в анамнезі тривало вважалася протипоказанням до проведення операцій на органах малого таза лапароскопічним доступом через високий ризик пошкодження органів черевної порожнини, пов'язаних зі спайковим процесом [8–11]. Проте порівняльні аспекти хірургічного лікування (лапароскопічне та лапаротомічне) цих жінок вивчені недостатньо та потребують подальшого дослідження цього наукового напрямку.

Мета дослідження: вивчити порівняльні аспекти хірургічного лікування пацієнток з доброякісними пухлинами яєчників після гістеректомії.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Проведено ретроспективний аналіз історій хвороби і відеозаписів операцій 83 пацієнок, оперованих з приводу доброякісних пухлин яєчників (ДПЯ). Усі пацієнтки поступили в стаціонар у плановому порядку з діагнозом «Доброякісне новоутворення яєчника». Скарги на хронічний тазовий біль і біль при статевих контактах пред'являли 65 з 83 пацієнок. Усі пацієнтки раніше перенесли тотальну або субтотальну гістеректомію без додатків лапаротомним доступом з приводу міоми матки, аденоміозу, рецидивуючих дисфункціональних маткових кровотеч.

У період виконання гістеректомії вік хворих в обох групах коливався від 27 до 48 років. Давність гістеректомії становила від 3,0 до 18,3 року. 38 хворим була виконана лапаротомія нижньосереднім доступом (45,8 %), за Пфанненштїлем – 45 (54,2 %) пацієнткам. Субтотальна гістеректомія була вироблена 62 (74,7 %) хворим, тотальна гістеректомія – 21 (25,3 %).

Відзначена рідка відвідуваність пацієнтками гінеколога через «псевдозаспокоєність» після оперативного лікування. Так, 46 % жінок не зверталися до лікаря більше 5 років. 1 основна група – 48 пацієнок було оперовано з приводу пухлин яєчників лапароскопічним доступом. До групи порівняння увійшли 35 пацієнок, що підлягли лапаротомній операції з приводу пухлин яєчників.

До комплексу проведених досліджень входили клінічні, лабораторні, інструментальні та статистичні методи.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Основною умовою для проведення хірургічного лікування пухлин яєчників лапароскопічним доступом у пацієнок, які раніше перенесли лапаротомну гістеректомію, є наявність висококваліфікованої бригади та ендоскопічного обладнання. Лапароскопічні операції у пацієнок досліджуваної групи належать до операцій підвищеної складності і повинні проводитися досвідченим оператором. У всіх пацієнок цієї групи виявлено масивний спайковий процес у черевній порожнині, тому виконання пункції наосліп поблизу післяопераційних рубців було неприпустимим. Якщо спроби накладення пневмоперитонеуму через навколопупковий прокол виявляються безуспішними, слід обрати іншу точку для введення голки Вереша. Причиною може виявитися підпаяний до черевної стінки сальник або петля кишки. У пацієнок, які перенесли гістеректомію лапаротомним доступом, точка введення голки Вереша у лівому підребер'ї не є єдиною, проте дозволила уникнути ускладнень. Виявлено, що спайковий процес у цій ділянці виникає рідше, ніж в інших відділах черевної порожнини.

Якщо введення голки Вереша і лівого троакара супроводжувалося технічними складнощами, необхідно закінчувати операцію оглядом точки введення першого троакара з лівої нижньої контрапертури. Послідовність введення маніпуляційних троакарів у роботі залежала від локалізації та тяжкості спайкового процесу і обов'язково контролювалася візуально з боку черевної порожнини. Переважно використовувати лапароскоп з кутовою оптикою (30–45°). Особливе значення при виконанні цих операцій має перший етап – ревізія черевної порожнини і малого таза. Бальна оцінка спайкового процесу становила від 18 до 42 балів.

Найбільша вираженість спайкового процесу відзначена у пацієнок, які перенесли в анамнезі екстремі оперативні втручання, операції через нижньосередній і верхньосередній доступ, субтотальну гістеректомію. У 26 хворих знадобилося розсічення спайок через один троакар з подальшим введенням другого троака-

ра. За наявності спайкового процесу між сальником і парієтальною очеревиною передньої черевної стінки (що становило 80 %) спайки розсікали тупим і гострим шляхом максимально близько до черевної стінки для зниження ризику кровотеч із судин великого сальника. Тонкі спайки розсікали ножицями, коагуюючи тільки видимі шварти. Розсічення щільних зрощень між кишковою стінкою і парієтальною очеревиною проводили тільки ножицями, малими порціями, близько до черевної стінки, уникаючи дотику до кишки. Для попередження термічних пошкоджень стінки кишки, електрохірургію в цих випадках не застосовували. Крім того, у зв'язку з наявним спайковим процесом у цієї групи пацієнток була потрібна чітка ідентифікація анатомічних утворень і структур, що підлягають видаленню.

Важливе значення мала чітка ідентифікація сечоводів. Тільки переконавшись у ході і розташуванні сечоводу проводили мобілізацію новоутворення яєчника. При виконанні оваріоектомії коагуляцію і перетин воронко-тазової зв'язки виконували з використанням монополярної електрохірургії в режимі коагуляції і різання відповідно, біполярної коагуляції і ножиць. Після її перетину рухливість пухлини збільшувалася, а ризик кровотечі знижувався. При проведенні цистектомії яєчник фіксувався яким затискачем за власну зв'язку або безпосередньо за тканину, прилеглу до утворення. Монополярним електродом в режимі різання або ножицями проводили розріз по периметру утворення, зберігаючи його цілісність. Тупим і гострим шляхом здійснювали вилущування капсули пухлини в межах здорових тканин. З метою гемостазу ложа видаленого утворення використовували монополярний вплив у режимі коагуляції або біполярної коагуляції.

Здійснення гемостазу після резекції яєчника. Нам довелося оперувати пацієнтку віком 45 років, у якої раніше була проведена відкрита операція з приводу міоми матки в обсязі надпівової ампутації матки без придатків. Через рік після цієї операції у пацієнтки була діагностована пухлина лівого яєчника, з приводу чого їй була проведена релапаротомія. При спробі мобілізації пухлини сталося поранення стінки сигмоподібної кишки. Сигмоподібна кишка була ушита, але пухлина не видалена. Через 1 рік після цієї операції пацієнтка поступила в клініку з діагнозом: «Пухлина лівого яєчника. Стан після надпівової ампутації матки без придатків, поранення сигмоподібної кишки під час релапаротомії».

Враховуючи анамнез, необхідність прецизійного виділення пухлини, ми віддали перевагу лапароскопічному доступу. При мобілізації пухлини довелося виділити шляхом дисекції параметрія воронко-тазової зв'язку з боку стінки таза і великої судини. Після чого була забезпечена певна рухливість пухлини і надійний гемостаз. Пухлина поетапно була відсічена від стінки кишки і сечового міхура. Враховуючи вік пацієнтки, була виконана двостороння аднексектомія. Гістологічно пухлина була представлена серозною цистаденомою в конгломераті з гідросальпінксом.

Важливим етапом ендоскопічних операцій при пухлинах і пухлиноподібних утвореннях яєчників вважається вилучення оваріальних утворень з черевної порожнини. Видалені новоутворення яєчників витягували через черевну стінку, попередньо зануривши в мішок-екстрактор або за допомогою кольпотомії, з дотриманням принципів абластики. При невеликому солідному компоненті вилучення макропрепарату проводили через ліву контрапертуру, розширену до розмірів 11 мм троакара. Великий солідний компонент вимагав виконання кольпотомії. Всі маніпуляції завершували обов'язковим рясним промиванням черевної порожнини і малого таза фізіологічним розчином, що сприяло ретельному видаленню згустків крові і детриту з метою зменшення ризику посткоагуляційних ускладнень і післяопераційного спайкового процесу

в черевній порожнині і малому тазі. 40 пацієнткам з метою профілактики спайкоутворення проводилося інтраперитонеальне введення відповідних розчинів.

Інтерес представляє спостереження пацієнтки віком 45 років, у якої проведена екстирпація матки без придатків з приводу перфорації матки. Давність операції становила 13 років. До вступу в клініку при ультразвуковому дослідженні виявлено двокамерне утворення лівого яєчника з щільною капсулою, розмірами 13,5×7,5×9,1 см без сосочкових розростань. Рівень СА-125 – 1800 МО/мл. Через місяць при вступі і повторному дослідженні за допомогою трансвагінального УЗД виявлено утворення лівого яєчника з перегородкою, овальної форми, без сосочкових розростань із дрібнодисперсним вмістом. Відзначено зменшення розмірів утворення до 7,5×5,3×7,2 см в порівнянні з початковим, що дозволило припустити спонтанний розрив утворення, підтверджений при лапароскопії.

Пацієнтка була оперована лапароскопічним доступом в обсязі двосторонньої аднексектомії із субтотальною резекцією великого сальника. Гістологічно діагностована папілярна цистаденома лівого яєчника межового типу, сальник звичайної будови.

Аналіз обсягу оперативного втручання у пацієнток з пухлинами яєчників, які раніше перенесли гістеректомію без придатків лапаротомним доступом, продемонстрував, що аднексектомії в основній групі пацієнток становили 23 (47,9 %), у групі порівняння – 20 (57,1 %), резекція яєчників – 10 (28,6 %) і 12 (34,3 %) відповідно; роз'єднання спайок, розкриття серозоцеле – 5 (6,0 %) в основній групі, 3 (8,6 %) – у групі порівняння. Екстирпації кукси шийки матки і двостороння аднексектомія лапароскопічним доступом проведена у 8 пацієнток, екстирпації кукси шийки матки і резекція яєчників – у 4 пацієнток основної групи, екстирпація кукси шийки матки та аднексектомія лапаротомним доступом у групі порівняння – у 2 (5,7 %) пацієнток. Двостороння аднексектомія і резекція великого сальника проведена в одній пацієнтки, у якої гістологічно діагностована папілярна цистаденома межового типу.

Проведений аналіз анамнестичних факторів, пов'язаних з попередніми оперативними втручаннями:

- хірургічний доступ,
- профіль оперативного втручання (гінекологічний, хірургічний),
- обсяг оперативних втручань,
- терміновість виконання попередніх операцій,
- наявність дренивання черевної порожнини,
- давність перенесеної операції.

Виявлено, що частота поширених форм спайкового процесу була достовірно вищою за наявності екстреного оперативного втручання в анамнезі (у 19 (75 %) із 26 пацієнток), а також за наявності вказівок на дренивання черевної порожнини (у 84,5 % хворих був зареєстрований спайковий процес в малому тазу 3–4 стадії поширення).

Характер об'ємних утворень, оперованих лапароскопічним і лапаротомним способами, представлені у табл. 1.

Тривалість лапароскопічної операції при доброякісних утвореннях яєчників у пацієнток, які раніше перенесли гістеректомію, варіювала від 35 до 65 хв (у середньому – $48,4 \pm 4,7$ хв) і залежала від поширеності спайкового процесу в черевній порожнині і застосовуваних під час операції методик гемостазу.

Середня крововтрата у цієї групи пацієнток становила від 50,0 до 300,0 мл (у середньому – 80,3 мл) і залежала від застосовуваних в ході операцій методик гемостазу. Вивчення температурної реакції пацієнток у 1 клінічній групі продемонструвало, що у всіх пацієнток, оперованих лапароскопічним доступом, температура тіла

Таблиця 1

Гістологічна характеристика доброякісних новоутворень яєчників

Гістологічний діагноз	Кількість спостережень, n = 83	
	Абс. число	%
Серозна цистоаденома	40	48,2
Папілярна цистоаденома межового типу	1	1,2
Текома яєчника	3	3,6
Фіброма яєчника	5	6,02
Ендометріоз яєчника	27	32,5

протягом усього післяопераційного періоду не перевищувала 37,5 °С, нормалізація температури тіла у всіх хворих цієї групи відзначена до кінця 3-ї доби після операції. Середня тривалість перебування в стаціонарі становила 3,4 ± 1,7 доби в основній групі і 5,2 ± 0,4 доби в групі порівняння.

Тривалість операції лапаротомним доступом при доброякісних пухлинах яєчників варіювала від 76 до 120 хв (у середньому 93,3 ± 4,8 хв). Середня крововтрата в ході операцій у цієї групи пацієнок становила 150,0–700,0 мл (у середньому – 380,0 мл). Температура тіла у післяопераційний період коливалася від 37,3 °С до 38,2 °С і в середньому становила 37,6 °С. Тривалість температурної реакції – від 2 до 8 днів.

З представлених у табл. 2 даних зрозуміло, що лапароскопічний доступ дозволяє скоротити середню тривалість операції (у середньому на 44,9 хв), що може мати принципове значення для зниження ризику тромбоемболічних ускладнень. Важливий і обсяг крововтрати, який за даними цього дослідження при лапароскопічному доступі в 4,75 раза нижче, ніж при лапаротомному. При лапароскопічному доступі скорочується тривалість температурної реакції на 1,2 доби і тривалість перебування в стаціонарі в середньому на 4 доби.

Було проведено оцінювання зареєстрованих інтра- та постопераційних ускладнень у пацієнок, оперованих лапароскопічним і лапаротомним доступами з приводу доброякісних пухлин яєчників (табл. 3).

В основній групі пацієнок зареєстровано 2 (6,25 %) ускладнення: поранення сечового міхура – 1 (20,8/1000), кровотеча – 1 (20,8/1000). Під час екстирпації кукси шийки матки здійснено поранення сечового міхура лапароскопічними ножицями на етапі

Таблиця 2

Основні показники, що характеризують хірургічне лікування доброякісних новоутворень яєчників і перебіг післяопераційного періоду залежно від оперативного доступу

Показник	Основна група, n = 48 (лапароскопічний доступ)	Група порівняння, n = 35 (лапаротомний доступ)	p
Тривалість операції, хв	48,4 ± 4,7	93,3 ± 4,8	< 0,05
Середня крововтрата, мл	80,3 ± 15,0	380,0 ± 35,0	< 0,05
Середня тривалість перебування в стаціонарі, доба	3,4 ± 1,7	7,4 ± 1,4	< 0,05
Тривалість температурної реакції, доба	2,6 ± 0,5	4,3 ± 2,1	> 0,05

Таблиця 3

Структура ускладнень операцій з приводу пухлин яєчників

Ускладнення	Вид хірургічного доступу	
	лапароскопічний	лапаротомний
Ушкодження сечового міхура	1 (20,8/1000)	1 (28,5/1000)
Ушкодження тонкої кишки	-	1 (28,5/1000)
Кровотеча	1 (20,8/1000)	-
Парез кишечника	-	1 (28,5/1000)
Нагноєння після операційної рани	-	1 (28,5/1000)
Усього	2 (41,6/1000)	4 (114,3/1000)

дисекції через щільне зрощення сечового міхура з куксою шийки матки. Протяжність дефекту становила близько 1 см. Ускладнення було діагностовано інтраопераційно за допомогою введення розчину метиленового синього в катетеризований сечовий міхур. Дефект сечового міхура розміром 0,5 см ушитий дворядними вузловими швами. Як шовний матеріал використовувався вікрил. У післяопераційному періоді проводилася постійна катетеризація сечового міхура протягом 5 днів. Післяопераційний період перебігав без ускладнень. Пацієнтка виписана зі стаціонару на сьому добу.

Інтраопераційна кровотеча розвинулася при виконанні аднексектомії із застошуванням біполярної коагуляції. Так, попередня коагуляція супроводжувалася глибоким розсіченням тканин. Трудність проведення гемостазу в умовах кровотечі полягала в невеликих розмірах кукси зв'язки і, як наслідок, трудностю захоплення пошкодженої судини. Виникле ускладнення не потребувало конверсії, кровотечу було зупинено біполярною коагуляцією, при цьому обсяг крововтрати склав 250 мл.

Під час операцій лапаротомним доступом з приводу пухлин яєчників зареєстровані 5 (14,3 %) ускладнень: у 3 (85,7/1000) спостереженнях сталося поранення тонкої кишки при розділенні слайок, 1 – поранення сечового міхура, 1 – інтраопераційна кровотеча з воронко-тазової зв'язки при мобілізації пухлини яєчника. Вивчення катмнезу цих пацієнток показало, що в терміни спостереження від 3 міс до 3 років після операції рецидиву захворювання не виявлено.

ВИСНОВКИ

Результати порівняльної характеристики різних методів хірургічного лікування доброякісних новоутворень яєчників після гістеректомії свідчать, що лапароскопія дозволяє анатомічно і максимально дбайливо виконати адекватне хірургічне втручання при новоутвореннях яєчників після гістеректомії. Отримані дані необхідно використовувати при розробці алгоритму діагностичних та лікувально-профілактичних заходів.

Comparative aspects of surgical treatment of patients with benign ovarian tumors who underwent hysterectomy

O. V. Zabudskiy

The objective: to study the comparative aspects of surgical treatment of patients with benign ovarian tumors after hysterectomy.

Materials and methods. A retrospective analysis of case histories and video recordings of operations of 83 patients operated on for benign ovarian tumors was conducted. All patients

were admitted to the hospital on a planned basis with the diagnosis: «Benign ovarian neoplasm». 65 out of 83 patients complained of chronic pelvic pain and pain during sexual intercourse. All patients had previously undergone total or subtotal hysterectomy without appendages via laparotomic access due to uterine fibroids, adenomyosis, or recurrent dysfunctional uterine bleeding. Main group 1 – 48 patients were operated on for ovarian tumors via laparoscopic access. The comparison group consisted of 35 patients who underwent laparotomic surgery for ovarian tumors.

The complex of conducted studies included clinical, laboratory, instrumental, and statistical methods.

Results. In the main group of patients, 2 complications (6,25 %) were recorded: bladder injury – 1 (20,8/1000), hemorrhage – 1 (20,8/1000). During the extirpation of the cervical stump, a bladder injury occurred caused by laparoscopic scissors at the dissection stage due to dense adhesions between the bladder and the cervical stump. The length of the defect was approximately 1 cm. The complication was diagnosed intraoperatively by introducing a methylene blue solution into the catheterized bladder. The 0.5 cm bladder defect was sutured with double-row interrupted sutures. Vicryl was used as the suture material. In the postoperative period, continuous bladder catheterization was performed for 5 days. The postoperative period proceeded without complications. The patient was discharged from the hospital on the 7th day. Intraoperative hemorrhage developed during the performance of an adnexectomy using bipolar coagulation. Specifically, the preliminary coagulation was accompanied by deep tissue dissection. The difficulty of achieving hemostasis under the conditions of the developed hemorrhage lay in the small size of the ligament stump and, consequently, the difficulty in grasping the damaged vessel. The complication that arose did not require conversion; the bleeding was stopped via bipolar coagulation, with the blood loss volume amounting to 250 ml. During operations via laparotomic access for ovarian tumors, 5 complications (14.3 %) were registered: in 3 cases (85,7/1000), an injury to the small intestine occurred during the separation of adhesions, 1 – bladder injury, and 1 – intraoperative hemorrhage from the infundibulopelvic ligament during the mobilization of the ovarian tumor. A study of the catamnesis of these patients showed that no recurrence of the disease was detected during the follow-up period of 3 months to 3 years after the operation.

Conclusions. The results of the comparative analysis of different surgical treatment methods for benign ovarian neoplasms following hysterectomy demonstrate that laparoscopy enables adequate surgical intervention for ovarian neoplasms after hysterectomy to be performed in an anatomically precise and maximally sparing manner.

The obtained findings should be utilized in the development of an algorithm for diagnostic and therapeutic-preventive measures.

Keywords: *ovarian neoplasms, hysterectomy, surgical treatment, comparative aspects.*

Відомості про автора

Забудський Олександр Васильович – КНП «Пологовий будинок № 2», м. Київ
ORCID: 0000-0003-1969-7031; e-mail: Zabudskiyov@ukr.net

Information about the author

Zabudskiy Oleksandr V. – Communal noncommercial enterprise maternity hospital №2, Kyiv

ORCID: 0000-0003-1969-7031; e-mail: Zabudskiyov@ukr.net

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Kinkel K, Lu Y, Mehdzade A, Pelte MF, Hricak H. Indeterminate ovarian mass at US: incremental value of second imaging test for characterization-meta-analysis. *Radiology*. 2014;271(3):677–88. doi:10.1148/radiol.14131973
2. Laughlin-Tommaso SK, Hesley GK, Hopkins MR, Brandt KR, Zhu Y, Stewart EA. Clinical outcomes of hysterectomy versus endometrial ablation. *Obstet Gynecol*. 2017;129(5):921–7. doi:10.1097/AOG.0000000000001953

3. Sutton C. Electrosurgery in gynecology: principles and practice. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2011;25(5):593–606. doi:10.1016/j.bpobgyn.2011.03.005
4. ten Broek RPG, Issa Y, van Santbrink EJP, Bouvy ND, Kruitwagen RFFM, Jeekel J, et al. Burden of adhesions in abdominal and pelvic surgery: systematic review. *BMJ.* 2013;347:f5588. doi:10.1136/bmj.f5588
5. Committee on Gynecologic Practice. Choosing the route of hysterectomy for benign disease. *Obstet Gynecol.* 2017;129(6):e155–e159. doi:10.1097/AOG.0000000000002112
6. Moris D, Chakedis J, Rahnemai-Azar AA, Wilson A, Hennessy MM, Athanasiou A, et al. Postoperative abdominal adhesions: clinical significance and advances in prevention. *J Gastrointest Surg.* 2017;21(10):1713–22. doi:10.1007/s11605-017-3498-9
7. Parker WH. Etiology, symptomatology, and diagnosis of uterine myomas. *Fertil Steril.* 2015;104(2):244–52. doi:10.1016/j.fertnstert.2015.04.028
8. Mowers EL, Lim CS, Skinner B, Mahnert N, Kamdar N, Morgan DM, et al. Prevalence of endometriosis during abdominal or laparoscopic hysterectomy. *J Minim Invasive Gynecol.* 2016;23(2):260–5. doi:10.1016/j.jmig.2015.10.012
9. Ahmad G, Gent D, Henderson D, O'Flynn H, Phillips K, Watson A. Laparoscopic entry techniques. *Cochrane Database Syst Rev.* 2019;(1):CD006583. doi:10.1002/14651858.CD006583.pub5
10. Broer DJ, Bakkum EA, de Kroon CD, Huirne JAF. Complications of laparoscopy in gynecology: systematic review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2019;240:130–8. doi:10.1016/j.ejogrb.2019.07.008
11. Vrijland WW, Jeekel J, van Geldorp HJ, Swank DJ, Bonjer HJ. Abdominal adhesions: intestinal obstruction, pain, and infertility. *Lancet.* 2016;367(9520):1240–5. doi:10.1016/S0140-6736(06)68587-6.

Стаття надійшла до редакції 16.04.2026.

Прийнята до друку 11.05.2026

Опубліковано 19.06.2026