

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В СТАЦИОНАРАХ КРАТКОСРОЧНОГО ПРЕБЫВАНИЯ

Шаршенов А.К., Салыбаев А.Дж., Лагутина О.В., Балбаева А.Д.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К.Ахунбаева,
кафедра акушерства и гинекологии № 2,
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: В проведенном исследовании доказана возможность и эффективность проведения симультанных и сочетанных операций в условиях стационара краткосрочного пребывания.

Ключевые слова: сочетанная гинекологическая и хирургическая патология, симультанные операции, стационар краткосрочного пребывания.

КЫСКА МӨӨНӨТТӨГҮ ДАРЫЛАНУУЧУ ЖАЙЛАРДА КӨП КЫРДУУ ГИНЕКОЛОГИЯЛЫК ЖАКТАН ООРУЛУУЛАРДЫ ХИРУРГИЯЛЫК ЖОЛУ МЕНЕН ДАРЫЛОО

Шаршенов А.К., Салыбаев А.Дж., Лагутина О.В., Балбаева А.Д.

И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,
акушерство жана гинекология кафедрасы,
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду: өткөрүлгөн изилдөөлөрдө кыска мөөнөттөгү дарылануучу жайларда болуп өткөн симультандык жана көп кырдуу операциялардын натыйжалуулугу жана мумкунчулуктору далилденген

Негизги сөздөр: Көп кырдуу гинекологиялык жана хирургиялык патология, симультандык операциялар кыска мөөнөттөгү дарылануучу жай.

SURGICAL TREATMENT GYNECOLOGICAL PATIENTS WITH COMBINING PATHOLOGY IN SHORT TIME STAY IN HOSPITAL

Sharshenov A.K., Salibaev A.Dh., Lagutina O.V., Balbaeva A.D.

Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Ahunbaeva,
Department of obstetrics and gynecology № 2,
Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary: In this research opportunity and effectiveness of carry out simultaneous and combining operations in short time stay in hospital proved.

Key-words: combining gynecological and surgical pathology, simultaneous operations, short time stay in hospital.

Цель: провести оценку целесообразности и эффективности симультанных и сочетанных операций у гинекологических больных с сочетанной патологией в условиях стационара краткосрочного пребывания.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.

Исследование проводилось в условиях многопрофильной частной хирургической клиники «КАМЭК», обладающей наличием высококвалифицированного персонала, способного оказать необходимую помощь больным. Под наблюдением находилось 480 женщин обратившихся в клинику по поводу

сочетанной гинекологической и хирургической патологией, требующей оперативного лечения.

Все больные были подвергнуты общепринятому клинико-лабораторному и функциональному исследованию. При этом исследовался преморбидный фон: гинекологические и экстрагенитальные заболевания, специфические функции женского организма. После обследования все больные были разделены на группы:

Первую группу составили 180 женщин, подлежащие симультанному оперативному лечению на гениталиях и внеполовой сфере.

Вторую – 200 женщин с наличием

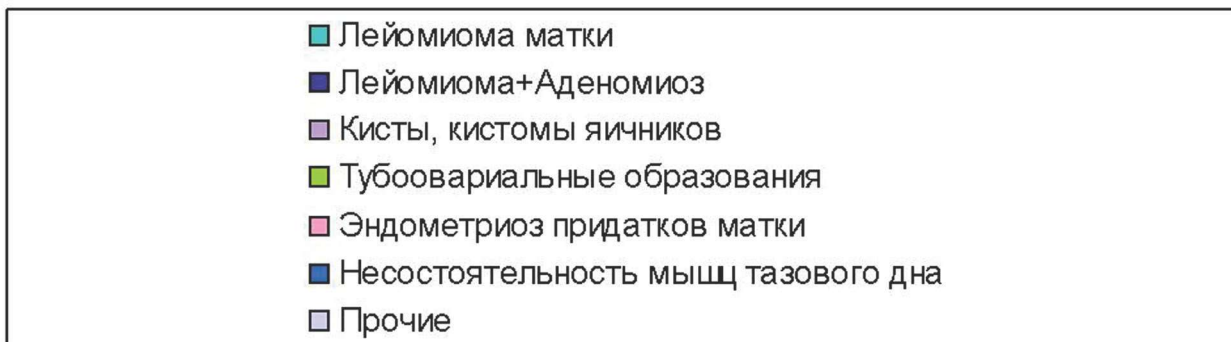
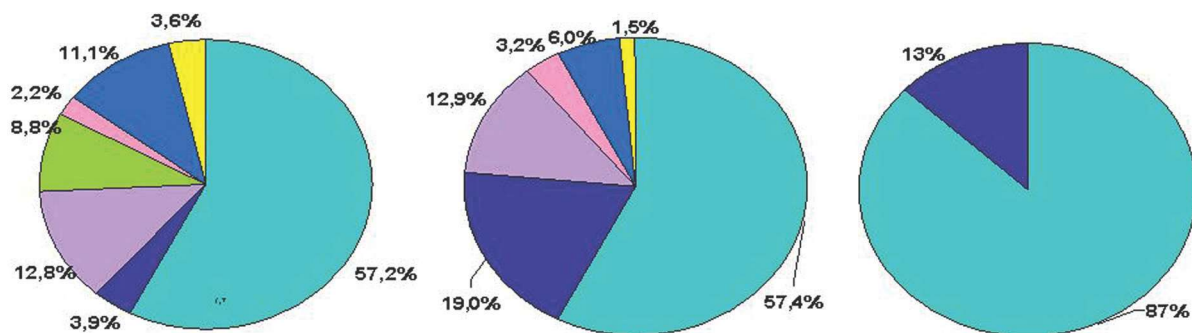


Рисунок 1. Основные гинекологические заболевания у женщин трех групп.

сочетанной гинекологической патологии, ± 0, 69 (P > 0,05), требующей двухэтапных и трехэтапных операций на гениталиях.

Третья группа – контрольная - 100 гинекологических больных с возможностью одноэтапного хирургического лечения на половых органах.

Средний возраст женщин I группы составил 47,1 ± 0,76, II – 46,1 ± 0,55, III – 46, 6

Из рисунка 1. очевидна наибольшая частота лейомиомы матки, как основного заболевания, по поводу которого были направлены на оперативное лечение женщины всех трех групп.

У 180 гинекологических больных были выявлены хирургические заболевания, требующие оперативного лечения,



- **ПРОЧИЕ в %:**
- Перитонит 1,1
- Мастопатия 1,1
- Геморрой, полипоз ануса 2,7
- Эхинококкоз органов брюшной полости 1,6
- Гнойный лимфаденит 0,6
- Острая кишечная непроходимость 1,6
- Лигатурный свищ 2,2
- Дивертикул мочевого пузыря 0,6
- Гнойный дуоденит с некрозом стенки прямой кишки 0,6
- Киста поджелудочной железы 0,6
- Гипертрофические п/о рубцы брюшной стенки 0,6
- Зоб 2,2
- Подкожно-жировая деформация брюшной стенки 0,6
- Доброкачественные опухоли мягких тканей 3,3
- Афункциональная почка 0,6
- МКБ. Гидронефроз почки 0,6

Рис 2. Основные хирургические заболевания у женщин, подвергнутых симультаным операциям (I группа).

представленные в рис 2.

У женщин I группы имелась хирургическая патология, подлежащая

оперативному лечению, включающая ЖКБ (35,5%), грыжи различной локализации (28,9%), аппендицит (13,3%), прочие составили 22,3%.

Для проведения симультанных операций у гинекологических больных с наличием сопутствующей хирургической патологией считали наличие двух и более заболеваний, требующих неотложного или планового хирургического лечения; желание больной избавиться сразу от нескольких заболеваний в условиях одного анестезиологического пособия [1-5].

Все наблюдаемые нами женщины отличались наличием высокой соматической заболеваемости по всем нозологическим формам без достоверного отличия ее уровня между сравниваемыми группами женщин. Лишь у женщин первой группы достоверно чаще выявлялась сердечно-сосудистая патология.

В случаях поступления больных в стационар по экстренным показаниям возможность проведения симультанных операций проводилась на основе оценки критериев риска по балльной системе, при этом определялись АД, ЦВД, ЧДД, протромбиновый индекс, калий плазмы, количество эритроцитов, лейкоцитов, лейкоцитарный индекс интоксикации, уровень мочевины, креатинина, билирубина, АЛТ, АсАТ.

При сумме баллов от 42 до 36 считали возможным выполнить любую операцию, от 35 до 25 – не проводили одномоментно миомэктомию и холецистэктомию и эхинококкэктомию, но считали возможным сочетать с грыжесечением, менее 25 баллов - операции выполняли последовательно.

Для выявления сдвигов вагосимпатического баланса до, во время и после оперативного вмешательства и характера волновой структуры сердечного ритма на основе мониторинга ЭКГ использовался метод определения вариабельности сердечного ритма.

При выборе очередности хирургического вмешательства важную роль играл фактор наличия, либо отсутствия гнойно-

воспалительного процесса, при выявлении которого симультанную операцию всегда выполняли сначала на неинфицированном органе, затем переходили на орган, измененный гнойно-деструктивным процессом, а также характер превалярования выявленной сочетанной патологии [6-12].

Для проведения гистерэктомии, аднексэктомии и аппендэктомии проводился разрез по Пфанненштилю, для выполнения холецистэктомии - минилапаротомия доступом из правого подреберья, грыжесечения с последующей пластикой – по месту локализации грыжи. Операции на промежности и наружных гениталиях проводились вторым этапом.

Все операции проводились под перидуральной анестезией (за исключением хирургического лечения заболеваний щитовидной и молочных желез), так как по нашему мнению этот метод обезболивания является наиболее оптимальным для выполнения симультанных и сочетанных гинекологических операций, преимуществами которой являются управляемая гипотония и гемодилюция во время операции, хорошая управляемость, ранняя активизация больных в послеоперационном периоде через 6-7 часов после операции, профилактика тромбоэмболических и легочных осложнений, быстрое восстановление работы желудочно-кишечного тракта.

С целью профилактики гнойно-воспалительных процессов на протяжении всей операции больным проводилась ингаляция озono-кислородной смесью, и внутривенно вводили озонированный 0,9% раствор поваренной соли с концентрацией озона 3-4 мкг/мл в количестве 400-600 мл, так как озон обладает бактерицидным, противовоспалительным, антиоксидантным, десенсибилизирующим и иммунокорректирующим действием. При выполнении операций в случаях наличия гнойно-воспалительных очагов, после удаления образования полость малого таза дважды обрабатывалась озонированным раствором поваренной соли 0,9% раствора с концентрацией озона 8-10 мкг/мл. Кроме того в течение 2-х дней после операции проводилась инфузия озонированного физиологического раствора

поваренной соли с концентрацией озона 3-4 мкг/мл в количестве 400 мл. Для насыщения растворов медицинским озоном использовали аппарат «Magic Air».

Перед операцией и в послеоперационном периоде через 2-3, 6 и 12 месяцев осуществлялась оценка качества жизни пациенток на основе определения физической активности пациенток, психического состояния, социального, ролевого и сексуального функционирования, общей самооценки состояния здоровья и качества жизни с помощью заполнения специально разработанной анкеты.

При определении медико-социальной эффективности проведенных операций учитывались средняя продолжительность и кровопотеря во время операций, в зависимости от вида перенесенной операции; осложнения в послеоперационном периоде, средние показатели проведенных койко-дней; качество жизни на 2-3-6-12 месяцы жизни.

Экономическая эффективность оценивалась по прямому расходу средств, затраченных непосредственно на лечение больных.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Операции проводились в основном в 2-3 этапа.

На всех этапах проведено гинекологических операций – 257, хирургических – 217, всего – 474. В среднем на одну женщину приходилось $2,6 \pm 0,05$ операций.

Продолжительность субтотальной гистерэктомии превышала таковую соответственно на 55 минут и 58 минут; консервативной миомэктомии на 20 и 33 мин, на придатках матки всего 5,6; при пластических операциях на промежности 71,3. Эта разница времени за счет выполнения хирургических операций. Очевидна большая продолжительность симультанных операций у женщин с наличием сочетанной хирургической патологии, что было связано со вторым вмешательством.

Средняя интраоперационная кровопотеря у женщин всех трех групп достоверно отличалась лишь при проведении пластических операций на промежности в сторону большей величины на 100 мл у женщин с симультанными операциями.

Число проведенных пациентками койко-дней в среднем составлял у I группы больных $3,4 \pm 0,5$ к/дней, II – $3,4 \pm 0,7$ и III – $3,0 \pm 0,6$ к/дней.

Проведение симультанных и сочетанных операций дало высокий экономический эффект за счет сокращения затрат на медикаментозные средства для проведения наркоза, своевременной профилактики послеоперационных осложнений методом озонотерапии, сокращения затрат на перевязочный материал, инфузионные и антибактериальные средства, используемые в первые 2-3-е суток после операций.

Обследование больных, поступивших на оперативное лечение в плановом порядке, в амбулаторных условиях, ранняя выписка их из стационара и назначение таблетированных форм антибиотиков после выписки больных, также способствовало сокращению расходов.

Амбулаторное ведение больных в послеоперационном периоде включало обязательное посещение гинеколога и хирурга больными на 7, 14 и 21 сутки после операции.

Таким образом, проведение симультанных и сочетанных гинекологических операций у гинекологических больных с сочетанной хирургической, гинекологической даже при наличии сопутствующей экстрагенитальной патологией не усугубляет течение операционного и послеоперационного периодов, не приводит к осложнениям, исключает риск повторного оперативного вмешательства, положительно влияет на качество жизни пациентов, снижает экономические затраты на лечение больных, что в итоге повышает качество медицинских услуг.

Литература:

1. Александров Л.С., Ищенко А.И., Ведерникова Н.В. Сочетанные операции в гинекологии // Акушерство и гинекология – 2003.-№ 4 –С.11-14.
2. Баулина Н.В., Баулина Е.А. Симультанные операции в хирургии и гинекологии.// Вестник хирургии. -2004. –№2. –С.87- 91.
3. Боттаев Х.Б., Узденова З.Х., Геляева Р.Р. и др. Симультанные операции у гинекологических больных// Материалы форума Мать и дитя. -2005.- С.336 - 337.
4. Гайдарова А.Х. Сочетанные

операции в гинекологии. // Автореф. дис. докт. мед. наук. – Москва.2003.

5. Дадвани С.А., Кузнецов Н.А., Сафронов В.В. Сочетанные операции при холелитиазе. // Хирургия. – 1999. –№ 8 . –С37.

6. Магдиев Т.Ш., Северенко Н.В. Сочетанные операции в абдоминальной хирургии //Хирургия.- 1999.- № 6. - С.54 - 56.

7. Маховский В.З., Ованесов Б.Т., Мадагов Л.А. Одномоментные сочетанные операции в неотложной и плановой хирургии // Хирургия. – 2002. –№ 7 . –С.41-46.

8. Нечипоренко Н.А., Кажина М.В. Симультаные операции как метод лечения сочетанных хирургических заболеваний органов мочевой и половой систем у женщин // Российский вестник акушера-гинеколога .-2004. -№ 4. – С. 24 – 27.

9. Полуэктов В.Л., Харитонов В.П.,

Жильцов В.П. и др. Алгоритм лечения больных с сочетанной патологией.// Эндоскопическая хирургия. - 2000. -№2. –С.51-52

10. Пучков К.В., Баков В.С., Осипов В.В. и др. Одномоментные лапароскопические оперативные вмешательства при сочетанных заболеваниях органов брюшной полости и малого таза. //Эндоскопическая хирургия. -2004. -№ 6. –С. 3-12.

11. Тимербулатов В.М., Сибаяев В.М., Сагитов Р.Б. Анатомио-клиническое обоснование лапароскопических и комбинированных операций. // Хирургия. – 2005. –№5. –С. 43 - 46.

12. Тургунбаева З.А. Сочетанная коррекция заболеваний органов малого таза и брюшной полости в оперативной гинекологии //// Центральнo-Азиатский мед. журнал.- Бишкек, 2004.- Том X.- Приложение 2 -С.272-274.