

Ретроспективний аналіз симультанних втручань у хірургії та гінекології

В.Л. Дронова

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології НАМН України», м. Київ

За даними ВООЗ 25–30% хворих мають декілька хірургічних захворювань і лише в 11–17% з них виконують симультанні оперативні втручання. Проведений ретроспективний аналіз 309 історій хвороб пацієнок гінекологічного та хірургічного стаціонарів, яким було здійснено оперативне лікування з приводу гінекологічної та поєднаної хірургічної екстрагенітальної патології. Усього було виконано 114 (36,9%) симультанних втручань. Аналіз показав, що симультанні оперативні втручання дозволяють ефективно виконувати одномоментно оперативне лікування хворих з поєднаною гінекологічною і екстрагенітальною хірургічною патологією з використанням оптимальної кількості операційних доступів, мінімальною крововтратою та без значного подовження часу операції, терміну та перебігу післяопераційного періоду.

Ключові слова: симультанні операції, ретроспективний аналіз, поєднана гінекологічна та екстрагенітальна хірургічна патологія.

У зв'язку зі збільшенням тривалості життя населення, несприятливим впливом екологічних факторів, нерациональністю харчування, підвищенням рівня діагностики, в останні роки спостерігається тенденція до зростання частки хворих, що мають поєднані хірургічні захворювання, частота їх виникнення коливається від 2,8% до 63% [1, 2]. Як правило, є причинний зв'язок між змінами в одному органі і розвитком хворобливих процесів в іншому, причому часом без виражених суб'єктивних і клінічних проявів до тих пір, поки ці зміни не перейшли у сферу патологічних і функціональних.

Всесвітньою Організацією Охорони здоров'я (ВООЗ) опубліковані статистичні дані, згідно з якими у 25–30% хворих, що підлягають оперативному лікуванню у зв'язку з будь-яким захворюванням, виявляється додатково одне або кілька захворювань, що вимагають оперативного лікування. Однак незважаючи на наявність реальних можливостей для надання необхідного обсягу медичної допомоги даній категорії хворих і досягнення максимального медико-соціального та економічного ефекту, до теперішнього часу лише у 1,5–6% таких пацієнтів проводять симультанні оперативні втручання [3, 4]. Періодично виявляють випадки повторного виконання оперативних втручань з приводу важких ускладнень супутніх хірургічних захворювань, не усунених під час першої операції.

На сьогодні визначено поняття симультанних операцій. Симультанними операціями вважають хірургічні втручання, спрямовані на одномоментну корекцію змін на двох і більше органах з приводу їхніх самостійних захворювань [5]. Українська низька кількість виконуваних симультанних втручань, що не відповідає реальним потребам у них, пояснюється цілою низкою причин: неповне обстеження хворих у передопераційний період, недостатня інтраопераційна ревізія органів черевної порожнини, перебільшення ступеня операційного ризику при визначенні можливості проведення симультанних операцій, схильність хірургів до здійснення багатоетапного оперативного лікування поєднаних захворювань, підвищення

відповідальності хірурга при можливому невдалому результаті операції, психологічна невідповідність хірургів і анестезіологів до розширення обсягу оперативного втручання.

За даними деяких авторів, це зумовлено відсутністю чітких, загальноприйнятих, науково обґрунтованих принципів тактики лікування пацієнтів з поєднаними захворюваннями [6, 7].

Мета дослідження: проведення ретроспективного аналізу історій хвороби пацієнок, оперованих з приводу гінекологічної та поєднаної екстрагенітальної хірургічної патології для розширення показань до проведення симультанних операцій.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Проведений ретроспективний аналіз історій хвороби 309 пацієнтів, серед них – 145 (46,9%) жінок, яким було виконано оперативне лікування у хірургічному відділенні КМКЛ № 10 та 164 (53,1%) пацієнтки, яким виконані оперативні втручання, в тому числі, симультанні у відділенні оперативної гінекології ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України» (ІПАГ) м. Києва протягом 2013–2014 років.

Вік жінок, які знаходилися у гінекологічному відділенні на оперативному лікуванні, був від 14 до 75 років. Найбільшу кількість склали жінки вікової категорії від 36 до 45 років – 48 (29,3%). Вік пацієнок хірургічної клініки з гінекологічною патологією складав від 15 до 70 років. Найбільша кількість пацієнок – 45 – була у віці від 21 до 30 років, що складало 31,0%.

У обох групах більшість склали жінки, що проживають в місті, – 82,8% та 86,9% відповідно.

Усі пацієнтки були госпіталізовані у відділення оперативної гінекології ДУ «ІПАГ» в плановому порядку 164 (100%).

Госпіталізація до хірургічного відділення КМКЛ №10 була плановою в 44 (30,3%) випадках і ургентною при тривалості захворювання менше 1 доби – 56 (38,6%) та понад 1 добу – 45 (31,1%).

Усі пацієнтки були комплексно та всебічно обстежені згідно з планом обстежень пацієнтів у відділенні, що включає клінічні (скарги, анамнез, огляд, гінекологічне обстеження) та лабораторні методи обстеження (загальний аналіз крові з формулою крові, група крові та Rh-фактор, біохімічний аналіз крові, коагулограма з часом згортання, RW, HbsAg, HCV, ВІЛ, онкомаркери, гормони крові, загальний аналіз сечі, аналіз виділень та бактеріологічний посів з визначенням чутливості до антибіотиків, вірусологічне дослідження крові), а також кольпоскопію, електрокардіограму, рентген органів грудної порожнини (КТ ОГП – за показаннями), УЗД органів малого таза (МРТ з/без контрастного посилення – за показаннями), фіброгастроудоденоскопія, УЗД органів черевної порожнини (МРТ з/без контрастного посилення – за показаннями), УЗД вен нижніх кінцівок, УЗД щитоподібної залози – за показаннями, консультації суміжних спеціалістів – за показаннями (терапевт, кардіолог, ендокринолог, алерголог, торакальний хірург).

Обов'язково проводять визначення бактеріальної та

Проведені симультанні операції у пацієнток відділення оперативної гінекології ДУ «ІПАГ НАМНУ»

Вид операції	Кількість жінок за видом симультанної операції, абс. число (%)
Екстирпація матки + холецистектомія	6 (3,7)
Екстирпація + видалення кісти яєчника + резекція нирки	1 (0,6)
Екстирпація матки + видалення кісти яєчника + видалення пухлини передньої черевної стінки + абдомінопластика	1 (0,6)
Екстирпація матки з придатками + венектомія	3 (1,8)
Екстирпація матки з придатками + феністрація та термокоагуляція V сегмента печінки + холецистектомія	1 (0,6)
Екстирпація матки + холецистектомія + герніопластика + абдомінопластика	2 (1,2)
Екстирпація матки + абдомінопластика з транспозицією пупка + видалення невуса тулуба	1 (0,6)
Екстирпація матки + видалення папіломи шкіри	1 (0,6)
Вагінальна екстирпація матки + кольпофіксація + висічення абсцесу стінки піхви	1 (0,6)
Пластично-реконструктивні операції на піхві + видалення парауретральної кісти	1 (0,6)
Пластично-реконструктивні операції на піхві + холецистектомія	2 (1,2)
Пластично-реконструктивні операції на піхві + абдомінопластика	1 (0,6)
Пластично-реконструктивні операції на піхві + адреналектомія + видалення невуса тулуба	1 (0,6)
Видалення кісти яєчника + адреналектомія	1 (0,6)
Надпівдова ампутація матки з трубами + видалення кісти яєчника + пластика черевної стінки	1 (0,6)
Екстирпація кульги шийки матки + аднексектомія, внутрішня кольполастика з кольпопексією + пластика черевної стінки + пластика пупкової ямки	1 (0,6)
Вишкрібання стінок порожнини матки + холецистектомія	2 (1,2)
Видалення кісти яєчника + видалення кератопапіломи лобкової зони	1 (0,6)
Кольпопоез сигмоподібною кишкою + видалення кісти яєчника	1 (0,6)
Двобічна цист-тубоваріоектомія + холецистектомія + адгезіолізис	1 (0,6)
Резекція яєчника + видалення кісти яєчника + адгезіолізис	1 (0,6)
Енуклеація кісти яєчника + холецистектомія	3 (1,8)
Каутеризація яєчників + адгезіолізис	2 (1,2)
Лабіопластика + холецистектомія	1 (0,6)
Електрокоагуляція ендометрію яєчника + видалення пухлини передньої черевної стінки + вишкрібання стінок порожнини матки	1 (0,6)
Видалення кістоми яєчника + адгезіолізис	1 (0,6)
Енуклеація кісти яєчника + венектомія	1 (0,6)
Кольпопоез сечовим міхуром + правобічна нефректомія	1 (0,6)
Видалення кістоми яєчника + герніопластика + абдомінопластика	1 (0,6)
Передня кольпоррафія, цистоплікація + видалення поліпу сечівника	1 (0,6)
Висічення та корекція старих післяопераційних рубців + видалення кісти яєчника + двобічна фібріопластика + вісцероліз	1 (0,6)
Надпівдова ампутація матки + біопсія печінки	1 (0,6)
Передня кольпоррафія, задня кольпоррафія + видалення папіломи шкіри промежини	1 (0,6)
Надпівдова ампутація матки + видалення фіброми лица	1 (0,6)
Екстирпація матки + герніопластика	6 (3,6)
Екстирпація матки + абдомінопластика	5 (3,1)
Екстирпація матки + холецистектомія + кросектомія	1 (0,6)
Екстирпація матки + холецистектомія + операція на кишківнику	1 (0,6)
Видалення кістоми малого таза + герніопластика + видалення атероми передньої черевної стінки + видалення папіломи параанальної області + абдомінопластика	1 (0,6)
Усього	61 (37,2)

вірусологічної контамінації статевих шляхів у жінок, які готувалися до оперативного лікування.

Обсяг обстежень пацієнток в хірургічній клініці визначався невідкладністю виконання оперативних втручань і тому був скорочений.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Серед гінекологічної патології у жінок відділення оперативної гінекології виявлено, що найбільший відсоток склали незапальні хвороби статевих органів – 81 (49,4%), де кісти

Проведені симультанні операції у пацієнок з гінекологічною патологією КМКЛ №10

Вид операції	Кількість хворих жінок (за видом симультанної операції, абс. число (%))
Видалення кісти яєчника + видалення кісти печінки + адгезіолізис, усунення ЧКН	2 (1,4)
Видалення кісти яєчника + апендектомія	8 (5,5)
Резекція кісти яєчника + холецистектомія	14 (9,6)
Видалення кісти яєчника + усунення ЧКН + видалення невуса	3 (2,1)
Екстирпація матки + усунення ЧКН	10 (6,9)
Видалення кісти яєчника + усунення ЧКН	4 (2,8)
Екстирпація матки + холецистектомія + усунення ЧКН	3 (2,1)
Екстирпація матки з придатками + герніопластика + усунення ЧКН	2 (1,4)
Екстирпація матки + втручання на кишечнику	5 (3,4)
Екстирпація матки з придатками + холецистектомія + втручання на кишечнику	1 (0,7)
Висічення пахової грижі + видалення кісти круглої зв'язки матки	1 (0,7)
Усього	53 (36,6)

яєчників виявлені у 51 (31,1 %) жінки, полікістоз яєчників діагностовано у 10 (6,1%) жінок; доброякісні пухлини матки, а саме лейоміоми матки, аденоміоз – у 43 (26,2%), гіперплазію ендометрія та поліпи – у 14 (8,5%) жінок.

У структурі гінекологічної патології пацієнок хірургічного стаціонару переважали пухлиноподібні ураження придатків матки, які встановлено у 83 пацієнок, що складає 57,2 % від загальної кількості хворих. У 15 (10,3%) жінок виявлено запальні захворювання придатків матки, лейоміома матки була діагностована у 22 (15,2%), а позаматкова вагітність у 10 пацієнок або у 6,9% випадків.

Характеризуючи дані супутньої хірургічної патології у пацієнок відділення оперативної гінекології, значний відсоток належить захворюванням печінки, зокрема патологія жовчного міхура склала – 19 (11,6%) та 6 (3,6%) випадків – доброякісні новоутворення печінки. Варикозна хвороба вен нижніх кінцівок склала 7 (4,3%) випадків, тоді як спайкова хвороба очеревини та часткова кишкова непрохідність – 22 (13,4%), грижі – 7 (4,3 %).

Найчастішим показанням до госпіталізації в хірургічне відділення серед жінок були спайкова хвороба очеревини у 43,9% та калькульозний холецистит у 17,1% випадків.

Усі операції були унікальні і проведені у кожній жінки індивідуально, згідно з виявленою патологією. Усього було проведено симультанних втручань 114 (36,9%), в тому числі 61 операція у відділенні оперативної гінекології та 53 операції в хірургічних клініках КМКЛ № 10.

Найбільш частим гінекологічним етапом операції в умовах клініки оперативної гінекології була екстирпація матки з/без придатків – 30 (18,3%) та операції на придатках матки – 14 (8,5%). Хірургічний етап симультанного втручання був представлений холецистектомією – 20 (12,2%), абдомінопластика – 12 (7,3%), адгезіолізис, усунення часткової кишкової непрохідності – 6 (3,7%), герніопластика – 10 (6,1%).

В умовах хірургічної клініки гінекологічним етапом поєднаних операцій були операції на придатках матки – 31 (21,4%) та екстирпація матки з/без придатків – 21 (14,5%). На хірургічному етапі при цьому найчастіше виконували холецистектомію – 18 (12,4%), адгезіолізис, усунення часткової кишкової непрохідності – 24 (16,6%).

Слід зазначити, що одній пацієнтці виконували від 2 до 5 операцій в умовах одного анестезіологічного забезпечення, в середньому 3 операції.

Операцію адгезіолізу та усунення часткової кишкової непрохідності як при планових, так і при ургентних втручаннях, рахували як хірургічний етап симультанної операції в зв'язку з тим, що наявність обширного спайкового і адгезивного процесу в черевній порожнині несе за собою значні технічні ускладнення. Такі операції повинні виконувати хірург.

Усі пацієнтки після поєднаних оперативних втручань з

приводу гінекологічної та поєднаної хірургічної екстрагенітальної патології виписані додому з видужанням.

Середній ліжко-день в клініці оперативної гінекології при проведенні гінекологічної операції склав $5,8 \pm 1,2$ дня, при проведенні симультанного втручання – $6,3 \pm 1,1$ дня. Середній ліжко-день в хірургічній клініці при виконанні гінекологічних операцій – $3,4 \pm 0,8$ дня, при поєднаних оперативних втручаннях – $4,6 \pm 1,2$ дня. При цьому менша тривалість перебування пацієнта на ліжку в хірургічній клініці пов'язана з тим, що значну кількість оперативних втручань виконували в ургентному порядку – 69,7%, тобто значно був скорочений доопераційний етап. У клініці оперативної гінекології всі госпіталізації були плановими і пацієнтки проходили доопераційну підготовку та обстеження в повному обсязі. При цьому слід зазначити, що в обох клініках середній ліжко-день при проведенні ізолюваних гінекологічних втручань та симультанних операцій з приводу гінекологічної та поєднаної хірургічної екстрагенітальної патології суттєво не відрізнявся.

ВИСНОВКИ

У результаті проведеного ретроспективного аналізу історій хвороб 309 жінок, які знаходились на стаціонарному лікуванні у хірургічній клініці лікарні № 10 м. Києва за період 2013–2014 рр. встановлено, що у пацієнок, у яких проведено оперативні втручання, симультанні операції виконані у 53, що складає 36,6 % від загальної кількості прооперованих у клініці жінок з гінекологічною патологією та 37,2% у жінок з гінекологічною патологією відділення оперативної гінекології ДУ «ІПАГ» від загальної кількості прооперованих жінок у клініках.

Найбільш частими показаннями до виконання гінекологічного етапу при оперативному лікуванні хворих з екстрагенітальною хірургічною патологією органів черевної порожнини були: лейоміома матки, доброякісні пухлини яєчників, пухлиноподібні утворення придатків матки.

Симультанні оперативні втручання дозволяють ефективно виконувати одномоментно оперативне лікування хворих з поєднаною гінекологічною і екстрагенітальною хірургічною патологією з використанням оптимальної кількості операційних доступів, мінімальною крововтратою та без значного подовження часу операції, терміну та перебування післяопераційного періоду.

Створення відділення з використанням оперативної гінекології ДУ «ІПАГ НАМН України» з використанням мультидисциплінарного командного підходу, «фаст-трек»-технологій дало можливість знайти вирішення комплексу гінекологічних, хірургічних, естетичних, психологічних проблем жінок в одному місці, забезпечити їм якісну, безпечну, швидку та конфіденційну медичну допомогу, яка відповідає міжнародним стандартам, досягти неперервності лікування, забезпечити профілактичний напрямку лікування.

Ретроспективный анализ simultанных вмешательств в хирургии и гинекологии
В.Л. Дронова

По данным ВОЗ 25–30% больных имеют несколько хирургических заболеваний и только у 11–17% из них проводят simultанные оперативные вмешательства. Проведен ретроспективный анализ 309 историй болезней пациенток гинекологического и хирургического стационаров, которым было выполнено оперативное лечение по поводу гинекологической и сочетанной хирургической экстрагенитальной патологии. Всего было проведено 114 (36,9%) simultанных вмешательств. Анализ показал, что simultанные оперативные вмешательства позволяют эффективно выполнять одномоментно оперативное лечение больных с сочетанной гинекологической и экстрагенитальной хирургической патологией с использованием оптимального количества операционных доступов, минимальной кровопотерей и без значительного удлинения времени операции, срока и течения послеоперационного периода.

Ключевые слова: simultанные операции, ретроспективный анализ, сочетанная гинекологическая и экстрагенитальная хирургическая патология.

Retrospective analysis of simultaneous interventions in surgery and gynecology
V. Dronova

According to WHO, 25–30% of patients with multiple surgical diseases, and only 11–17% of them are held simultaneous surgery. The retrospective analysis of 309 case histories of patients gynecological and surgical hospitals who underwent surgical treatment for gynecological and surgical combined extragenital pathology. There were conducted simultaneous interventions 114 (36.9%). The analysis showed that simultaneous surgery can effectively perform simultaneously operative treatment of patients with combined extra-gynecological and surgical pathology using the optimal number of operational approaches, minimal blood loss and without significant prolongation of time operation period and the postoperative period.

Key words: simultaneous operation, retrospective analysis, combined gynecological and extragenital surgical pathology.

Сведения об авторе

Дронова Виктория Леонидовна – ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии Национальной академии медицинских наук Украины», 04050, г. Киев, ул. Платона Майбороды, 8. E-mail: dronovaviktoriya@gmail.com

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Маховский В.З. Одномоментные сочетанные операции в неотложной хирургии и гинекологии / В.З. Маховский, В.А. Аксеенко, В.В. Маховский и др. // Хирургия. – 2008. – № 9. – С. 41–45.
2. Пучков К.В., Политова А.К. Лапароскопические операции в гинекологии: Монография. – М.: МЕДПРАКТИКА-М., 2005. – 212 с.
3. Баулина Н.В. Simultанные операции в хирургии и гинекологии / Н.В. Баулина, Е.А. Баулина // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 2004, Т. 163, № 2. – С. 87–91.
4. Гаспаров А.С., Косаченко А.Г., Дубинская Е.Д. Отдаленные результаты лечения больных с острыми гинекологическими заболеваниями // Проблемы репродукции. – 2005. – № 3. – С. 35–39.
5. Исхаков Б.Р., Исманов А.А., Абдуллаева Р.Т. Результаты эндоскопической хирургии в неотложной гинекологии. // Эндоскопическая хирургия. – 2004. – № 1. – С. 68–69.
6. Чурилов А.В., Кушнир С.В., Синченко С.В., Жуковская И.В. Ургентные хирургические вмешательства при осложненных формах хронических воспалительных заболеваний придатков матки / Збірник наукових праць асоціації акушерів-гінекологів. – 2007. – С. 742–744.
7. Байрамов Н.Ю. Эндовидеохирургия в диагностике и лечении сочетанной гинекологической и хирургической патологии / Н.Ю. Байрамов, А.С. Гадирова // Эндоскопическая хирургия. – 2009. – № 5. – С. 17–20.
8. Kim W.C. Laparoendoscopic single-site surgery for exteriorization and cystectomy of ovarian tumor during pregnancy / J. Min. Inv. Gynecol. – 2010. – Vol. 17. – P. 386–9.
9. Amanda N.F. Laparoendoscopic single-site surgery in gynaecology: A new frontier in minimally invasive surgery / J. Min. Access. Surg. – 2011. – Vol. 7, N 1. – P. 71–77.

Статья поступила в редакцию 13.05.2015