

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
АЗЕРБАЙДЖАНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ**
АЗЕРБАЙДЖАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

На правах рукописи

ГЮЛЬНАРА АЗАД кьзы АЗИМОВА

**КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ОДНОМОМЕНТНОМУ
ВЫПОЛНЕНИЮ СОЧЕТАННЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ И
ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ**

3215.01 – Акушерство и гинекология

3213.01 – Хирургия

А В Т О Р Е Ф Е Р А Т

диссертации на соискание ученой степени
доктора философии по медицине

Работа выполнена в НИИ Акушерства и Гинекологии и в хирургическом отделении Городской Клинической Больницы №1 г.Баку.

Научные руководители:

доктор медицинских наук,
профессор

Дж.Ф.Курбанова

доктор медицинских наук,
доцент

Р.А.Мамедов

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук,
доцент

Н.М.Камилова

доктор медицинских наук

И.Л.Кязимов

Ведущее учреждение: Азербайджанский Государственный Институт Усовершенствования Врачей им. А.Алиева, кафедры акушерства и гинекологии и общей хирургии.

Защита состоится «04 » 12__2013 года в ____ часов на заседании Диссертационного Совета D 03.011 при Азербайджанском Медицинском Университете

Адрес: 1022, Баку, ул. Бакиханова, 23 (конференц-зал)

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Азербайджанского Медицинского Университета

Автореферат отправлен « » _____2013 г.

Ученый секретарь

Диссертационного Совета D 03.011
доктор медицинских наук, профессор

Ш.Ф.Ибрагимли

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность проблемы: Хирургическое лечение сочетанных заболеваний органов брюшной полости и малого таза является актуальной проблемой и обусловлено их большей частотой по сравнению с другими сочетанными операциями. Вопросы диагностики и лечения острой гинекологической патологии важны как для гинекологов, так и для хирургов. Так, неспецифический характер клинической картины многих острых гинекологических заболеваний обуславливает экстренную госпитализацию женщин в общехирургические стационары и, тем самым, влечет за собой неправильный выбор тактики лечения, особенно в неотложных ситуациях [Соболева Н.И. и др., 2004; Дубницкая Л.В., Назаренко Т.А., Волков Н.И. и др., 2005; Robertson D., Lefebvre G., 2010; Манюхина И.А., 2011].

Проблема симультанных хирургических и гинекологических операций изучена недостаточно. Практически остаются неизученными вопросы частоты встречаемости сочетания заболеваний органов брюшной полости и малого таза, не конкретизированы показания к проведению операций с симультанной патологией, нет четкого обоснования выбора операционного доступа при сочетанных острых и плановых хирургических и гинекологических заболеваниях. Важным является определение необходимого объема предоперационных исследований, а так же объема самого оперативного вмешательства [Соболева Н.И., Хилаев Р.А., Иванов В.В. и др., 2004; Robertson D., Lefebvre G., 2010; Манюхина И.А., 2011].

Проведение сочетанных хирургических вмешательств позволяет избежать повторных травматичных хирургических вмешательств, повысить эффективность лечения и, тем самым, позволяет обеспечить улучшенное качество жизни пациентов [Дубницкая Л.В. и др., 2005; Bayramov N.Y., Qədirova A.S., 2008; Robertson D., Lefebvre G., 2010].

Отсутствие четко сформулированных показаний ко всем видам симультанных хирургических и гинекологических заболеваний, в частности, у женщин репродуктивного возраста, недостаточное изучение отдаленных результатов сочетанного лечения, препятствуют их более широкому внедрению в практику и требуют дальнейших научных поисков [Bayramov N.Y., Qədirova A.S., Məhərrəmov P.F., 2010; Манюхина И.А., 2011].

Цель исследования: Разработка и обоснование тактики выполнения одномоментных экстренных и плановых сочетанных хирургичес-

ких и гинекологических операций.

Задачи исследования.

1. Изучить вид и частоту острых сочетанных хирургических и гинекологических заболеваний;
2. Определить основные показания к проведению сочетанных операций у больных с хирургическими и гинекологическими заболеваниями;
3. Обосновать выбор операционного доступа при хронических симультанных хирургических и гинекологических заболеваниях;
4. Внедрить в хирургическую практику понятие об органосберегающих операциях, в особенности, у женщин репродуктивного возраста.

Научная новизна исследования: Определены понятия «сочетанная операция» и «симультанная операция» в гинекологии. Изучена частота и этапность выполнения симультанных операций у экстренных и плановых гинекологических больных. Сформулированы чёткие показания к оперативному лечению всех видов сочетанных заболеваний в экстренной и плановой хирургии и гинекологии. Определена и обоснована очередность хирургического вмешательства сочетанных и симультанных операций в зависимости от сочетания гинекологических и хирургических заболеваний, степени операционного риска. Обоснован выбор оптимального операционного доступа при симультанных хирургических и гинекологических заболеваниях.

При симультанных операциях предложен подбор больных для более оптимального выполнения одновременного хирургического вмешательства при симультанной патологии органов брюшной полости и малого таза. Разработан алгоритм обследования женщин с симультанной патологией органов брюшной полости и внутренних гениталий.

Практическая значимость работы: Научное обоснование преимущества одномоментных симультанных операций на органах брюшной полости и гениталий позволяет рекомендовать их к более широкому применению в общехирургических и гинекологических стационарах. Выбор рационального доступа позволит своевременно произвести хирургическое вмешательство в наиболее щадящем для больного режиме, за счет правильного выбора последовательности действий хирурга и гинеколога, позволит исключить повторные операции и, связанные с этим, возможные осложнения.

Впервые в хирургическую практику внедрена возможность прове-

дения органосберегающих операций при симультанных заболеваниях, в частности, у женщин репродуктивного возраста.

Разработанный комплексный подход, при выполнении сочетанных хирургических и гинекологических операций, позволит значительно увеличить эффективность лечения, в особенности, у женщин репродуктивного возраста, а так же в перспективе, выполнить свою детородную функцию.

Основные положения диссертации, выносимые на защиту:

1. Обоснована коррекция выполнения симультанной патологии при заболеваниях органов брюшной полости и органов малого таза в экстренной и плановой хирургии с учетом степени риска;
2. Оптимизирован выбор рационального разреза передней брюшной стенки при наиболее часто встречающейся симультанной патологии органов брюшной полости и малого таза. Определена очередность выполнения операций при этих патологиях;
3. Определены показания и противопоказания к выполнению сочетанных операций на органах брюшной полости и органах малого таза.

Внедрение в практику:

Результаты диссертации внедрены в практику работы НИИ Акушерства и гинекологии и хирургических отделений Городской Клинической Больницы № 1.

Апробация работы: Основные положения диссертации доложены на научно-практической конференции, посвященной 110-летию проф. А.М.Гусейнова (Баку, 2012), апробация диссертационной работы проведена на кафедральном совещании кафедры общей хирургии Азербайджанского Медицинского Университета и НИИ Акушерства и Гинекологии при Министерстве Здравоохранения Азербайджанской Республики.

Публикации. По теме диссертации опубликовано 7 научных работ.

Структура и объем диссертации: Диссертация напечатана на 151 странице компьютерного текста и состоит из введения, 6 глав, включающих обзор литературы, материал и методы исследования, результаты собственных исследований и их обсуждение, выводов, практических рекомендаций, 40 рисунков, 9 таблиц, списка литературы из 230 источников, из которых 13 работ – на азербайджанском языке, 149 работ – на русском и 68 работ – на других иностранных языках.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Характеристика больных. В основу настоящей работы положен анализ клинических наблюдений за 106 больными с сочетанной патологией в возрасте от 15 до 65 лет, поступившими в хирургические отделения бывшей Клинической Больницы Медицинской Скорой Помощи им. М.Нагиева и в хирургические отделения Городской Клинической Больницы №1 г. Баку. 72 больным в экстренном и 34 больным в плановом порядке было проведено оперативное вмешательство. Средний возраст обследованных женщин в экстренной группе составил $24 \pm 1,4$ года. Большинство из них находилось в репродуктивном периоде – 50 (69,4 %) пациентки.

Средний возраст обследованных женщин в плановой группе составил $44 \pm 2,2$ года. В пременопаузальном периоде находились 10 (29,4%) пациенток.

Методы обследования больных:

1. Общие клинические анализы;
2. УЗИ органов малого таза и брюшной полости;
3. Исследования на β -ХГ при подозрении на внематочную беременность;
4. Определение онкомаркеров (СА 125, 19-9);
5. Допплерография;
6. КТ, обзорная рентгенография органов ЖКТ;
7. Раздельное диагностическое выскабливание шеечного канала и стенок полости матки.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

При изучении менструальной функции в экстренной группе у подавляющего большинства больных менструации установились с менархе – 40 (55,6 %). При этом преимущественный возраст менархе составил 13-14 лет – 40 (55,6%) наблюдений. Менархе в 15 лет отмечено у 25 (34,7%) пациенток и старше 15 лет – у 7 (9,7%).

При изучении менструальной функции установлено, что в плановой группе у подавляющего большинства больных менструации установились с менархе – 22 (64,7%) женщины. При этом преимущественный возраст менархе составил 13-14 лет – 22 (64,7%) наблюдения.

Менархе в 15 лет отмечено у 7 (20,6%) пациенток и старше 15 лет – у 5 (14,7%) женщин.

Длительность менструального цикла в экстренной группе варьировала в пределах 21-37 дней, составив в среднем $27,5 \pm 2,9$ дней. У большинства женщин (47 (65,3%)) продолжительность менструального цикла укладывалась в нормативные рамки, установленные ВОЗ. Укороченный менструальный цикл имели 12 (16,7%), удлинённый – 13 (18,1%) обследованных.

Длительность менструального цикла в плановой группе варьировала в пределах 26-45 дней, составив в среднем $37,7 \pm 2,5$ дней. Только у 5 (14,7%) женщин продолжительность менструального цикла укладывалась в нормативные рамки, установленные ВОЗ. В остальных случаях удлинённый цикл имели 29 (85,3%) обследованных женщин.

Длительность менструального кровотечения в экстренной группе у 32 (44,4%) пациенток колебалась от 3 до 7 дней. Продолжительность менструации свыше 7 дней выявлена у 11 (15,3%) больных. Жалобы на обильные менструации предъявляли 9 (12,5%) больных, а у 20 (27,8%) женщин менструации сопровождались болями различной интенсивности.

Длительность менструального кровотечения в плановой группе у 7 (20,6%) пациенток колебалась от 5 до 7 дней. Продолжительность менструации свыше 7 дней выявлена у 19 (55,9%) больных. Жалобы на обильные менструации предъявляли 12 (35,3%) больных, а у 20 (58,8%) женщин менструации сопровождались болями различной интенсивности.

Средний возраст начала половой жизни в плановой группе составил $21,4 \pm 1,5$ лет. При этом ее раннее начало (до 18 лет) отмечено в 4 (11,8%) наблюдениях. К моменту обследования 23 (67,6%) женщины вели регулярную половую жизнь, а у 7 (20,6%) женщин на момент обследования было установлено отсутствие половой жизни.

Анализ репродуктивной функции в экстренной группе показал, наличие в анамнезе родов установлено у 40 (55,6%) женщин, аборт – у 18 (25,0%) женщин, 7 (9,7%) случаев составили самопроизвольные выкидыши. Внематочная беременность в анамнезе отмечена у 7 (9,7%) пациенток.

Анализ репродуктивной функции в плановой группе показал, что одну и более беременностей имели 25 (73,5%) женщин. Общее число беременностей составило от 1 до 5. Наличие в анамнезе родов установлено у 25 (73,5 %) женщин, аборт – у 20 (58,8%) женщин, среди

которых 5 (14,7%) случаев составили самопроизвольные выкидыши. Внематочная беременность в анамнезе не была ни у одной пациентки.

В анамнезе перенесенных гинекологических заболеваний в экстренной группе преобладали воспалительные заболевания матки и /или ее придатков. Из них воспалительные процессы придатков матки отмечены в 18 (25,0%) наблюдениях, по поводу которых ранее проводилось консервативное лечение. У 15 (20,8%) женщин по поводу эрозии шейки матки была выполнена диатермокоагуляция. Оперативные вмешательства на придатках матки в связи с кистами яичников в прошлом перенесли 7 (9,7%) пациенток.

Среди ранее перенесенных гинекологических заболеваний в плановой группе преобладали воспалительные заболевания матки и /или ее придатков. Из них воспалительные процессы придатков матки отмечены в 5 (14,7%) наблюдениях, по поводу которых ранее проводилось консервативное лечение. Ранее внутренний эндометриоз тела матки диагностирован у 3 (8,8%) пациенток, миома матки у 15 (44,1%) женщин. У 7 (20,6%) женщин по поводу эрозии шейки матки была выполнена диатермокоагуляция. Оперативные вмешательства на придатках матки в связи с кистами яичников в прошлом перенесли 3 (8,8%) пациентки.

Немаловажное значение при выборе больных с сочетанной патологией для выполнения симультанных операций имеет сопутствующая патология, которая выявляется у больных или до поступления в стационар или при обследовании в стационаре. Это, в большей мере, может определить тактику выполнения двух или трех операций у одной больной, с учетом риска возникновения послеоперационных осложнений.

Гипертонической болезнью страдали 6 женщин, четверо из которых, поступивших в плановом порядке получали соответствующую предоперационную терапию у специалиста кардиолога для стабилизации деятельности сердечно-сосудистой системы с целью предотвращения возможных осложнений во время операций и в послеоперационном периоде. Две больные, страдающие сахарным диабетом легкой степени, в послеоперационном периоде под контролем врача-эндокринолога была переведена на инсулин до выписки из стационара.

Большинство больных экстренной группы поступили в течение первых суток после начала заболевания до 6 часов – 7 (9,72%), с 7-24 часов – 45 (62,50%), свыше 24 часов – 20 (27,78%) человек.

Детальный анализ клинических данных показал, что к моменту по-

ступления в стационар пациенток экстренной группы жалобы на схваткообразные боли предъявляли 40 (55,60%) человек, на тупые, ноющие боли – 15 (20,83%), на иррадиацию в прямую кишку – 5 (6,9%); на тошноту – 35 (48,61%), на рвоту – 25 (34,72%), на увеличение объема живота – 10 (13,88%), на головокружение – 10 (13,88%), на общую слабость – 20 (27,77%), на вздутие живота – 11 (15,27%) и на задержку стула и газы – 7 (9,72%) больных.

Детальный анализ клинических данных показал, что к моменту поступления в стационар пациентки плановой группы предъявляли жалобы на тупые боли в эпигастральной области – 7 (20,59%) человек, на тяжесть в левой подреберной области – 2 (5,88%), постоянные ноющие боли в нижних отделах живота, иррадирующие в поясницу – 10 (29,41%), на тошноту – 10 (29,41%), на рвоту – 3 (8,82%), на увеличение объема живота – 2 (5,88%), на головокружение – 5 (14,70%), на общую слабость – 5 (14,70%), на вздутие живота – 2 (5,88%), на обильные менструации – 12 (35,29%), на болезненные менструации – 20 (58,82%) человек.

Из 57 больных с сочетанными операциями при заболеваниях яичника и остром аппендиците при влагалищном исследовании у 16 больных гинекологической патологии выявлено не было, у 18 больных отмечалась болезненность боковых и задних сводов влагалища, у 23 больных прощупывались увеличенные болезненные придатки (больше справа), с нерезко очерченными контурами, напоминающее их острое воспаление (аднексит).

Отрицательные данные вагинального исследования, проводимые в экстренном порядке, были обусловлены беспокойством больных, напряжением брюшной стенки, препятствующим полноценному бимануальному исследованию. Лишь у 20 (27,8%) больных правильный диагноз был поставлен до операции.

УЗИ было проведено 28 (38,9%) больным, оперированным в экстренном порядке. При этом диагноз сочетанной патологии был выставлен 20 (27,8%) больным (выявлены киста яичника с перекрутом, наличие свободной жидкости в малом тазу, некроз фиброматозного узла матки, вызвавший кишечную непроходимость).

Вопрос о выполнении последовательности этапов операции решался интраоперационно, в зависимости от степени поражения органов, так как при разрыве кист яичника и продолжительном кровотечении, в первую очередь, необходимо проводить операцию на яичнике, а далее – удаление измененного червеобразного отростка.

Всем больным плановой группы помимо рутинных физикальных и лабораторных исследований для установления точного дооперационного диагноза, с целью решения дальнейшей хирургической тактики, проводились современные методы исследования, к которым относилось динамическое УЗИ с цветовым доплеровским картированием (ЦДК). В целях верификации, диагноз УЗИ с ЦДК был проведен у 11 пациенток (32,4%). Это позволяло до операции установить различные формы доброкачественного поражения яичников у женщин репродуктивного возраста с целью предотвращения агрессивного вмешательства с возможной консервативной терапией (фолликулярная киста яичника). Если импульсная доплерометрия отражает количественную характеристику кровотока, то ЦДК позволяет оценить характер кровотока (артериальный или венозный), количество локусов от сосудов в каждом объекте локализацию внутреннего (внутрияичникового) кровотока (центральная или периферическая).

Также 2 (5,9%) пациенткам с кистой яичника было проведено исследование на онкомаркеры СА125 и СА19-9. В целях дооперационной диагностики как основного, так и сопутствующего заболевания у наблюдаемых пациенток применялись также такие методы исследования как УЗИ желчного пузыря – 7 (20,6%) больных, УЗИ органов брюшной полости – 26 (76,5%) больных, компьютерная томография (КТ) органов брюшной полости и малого таза – 2 больных (5,9 %).

Также при наличии миомы матки в сочетании с гиперплазией эндометрия больным было произведено раздельно-диагностическое выскабливание шеечного канала и слизистой полости матки – 7 (20,6%).

Как видно из рис. 1, основным вмешательством при сочетанных хирургических и гинекологических операциях, выполненных в экстренном порядке у 57 (79,17%) больных была аппендэктомия, которая в 45 (62,50%) случаев сочеталась с резекцией яичника по поводу разрыва и апоплексии, в 8 (11,11%) случаях она сопровождалась удалением яичника по поводу пиовара, в 3 (1,39%) случаях – сальпингэтомия по поводу абсцесса маточной трубы и в 1 (4,17%) случае – тубэктомия по поводу внематочной беременности.

Совершенно очевидно, что в ряде случаев сочетание острых хирургических и гинекологических заболеваний требует одномоментной коррекции данной патологии: сочетание острого аппендицита с апоплексией, разрывами кист яичника, с внематочной беременностью диктует необходимость выполнения сочетанных операций в экстренном порядке. Процент постановки правильного дооперационного диагноза

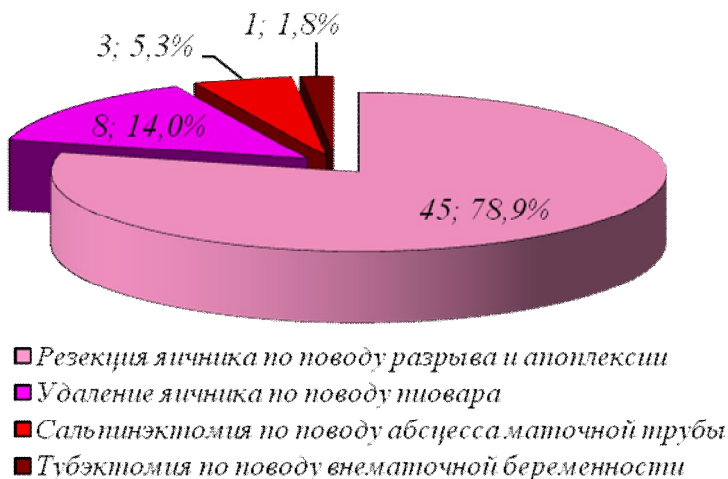


Рис. 1. Характер сочетания аппендэктомии с гинекологическими операциями

в данной ситуации нуждающихся в экстренной операции больных с гинекологическими заболеваниями небольшой (3,7%), лишь у части из них диагноз можно поставить до операции. Таким образом, показанием к сочетанной операции и данной ситуации служит наличие клиники «острого живота» и, в основном, сопутствующая патология, являющаяся операционной находкой, также требующая хирургического лечения.

В случаях сочетания острого аппендицита с хроническим сальпингитом, фибромиомой матки вопрос об одномоментной коррекции патологии должен быть решен индивидуально в каждом конкретном случае, исходя из тяжести состояния больной и предполагаемого объема оперативного вмешательства.

Так, при сочетании внематочной беременности и острого аппендицита, сальпингэктомия являлась основным этапом сочетанной операции. При выполнении сальпингэктомии с аппендэктомией брюшная полость обязательно была дренирована резиновой трубкой. При сочетанном гнойном поражении червеобразного отростка и придатков матки заранее невозможно было определить характер операции и, практически, объем оперативного вмешательства окончательно решался интраоперационно. У молодых женщин, наряду с аппендэктомией, стремились выполнять щадящие операции на придатках матки.

При остром гнойном поражении органов малого таза от радикальных операций (надвлагалищная ампутация матки, экстирпация) следует воздерживаться. Адекватное дренирование брюшной полости после сочетанной операции по поводу острого аппендицита и гнойных заболеваний придатков матки являлось лучшим мероприятием по профилактике послеоперационных осложнений.

Выполнение у больных с желчекаменной болезнью только одной холецистэктомии вряд ли смогло привести к полному выздоровлению, а необоснованное разделение оперативного лечения сочетанной патологии, в большинстве случаев, завершается продлением сроков хирургической коррекции сопутствующих заболеваний и последующим оперативным вмешательством (рис.2).

Основные особенности хронического калькулезного холецистита заключаются в том, что это заболевание не является локальным, изолированным, а, наоборот, характеризуется глубиной вовлечения в сферу патологических и функциональных изменений ряда смежных орга-

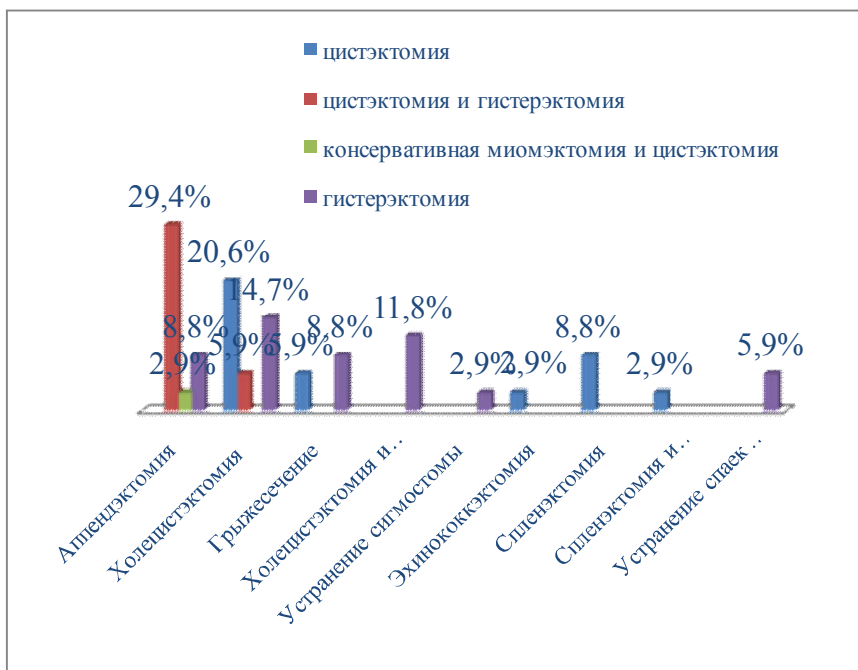


Рис. 2. Характер сочетанных хирургических и гинекологических операций, выполненных в плановом порядке

нов и систем, в частности желчных протоков, желудочно-кишечного тракта, печени, поджелудочной железы, сердечно-сосудистой системы, внутренних половых органов и т.д. Поэтому своевременное и адекватное выполнение оперативного вмешательства при сочетании калькулезного холецистита с заболеваниями других органов имеет важное значение для восстановления здоровья и трудоспособности пациенток.

Одномоментное выполнение сочетанных операций в группе больных с вентральными грыжами позволило не только произвести пластику грыж, но и избавить больную от риска повторного оперативного вмешательства по поводу фибромиомы матки.

Виды операционных доступов и обезбоживание при сочетанных хирургических и гинекологических операциях

При 44 (41,5%) сочетанных операциях была применена срединная лапаротомия, при 11 (10,4%) – разрез по Пфанненштилю, при 51 (48,1%) – параректальный разрез. Все хирургические доступы использованы для выполнения основного этапа сочетанного вмешательства и одновременно для выполнения сопутствующего этапа.

Для выполнения сочетанной операции аппендэктомии и операции на придатках матки использовался параректальный разрез. Холецистэктомия, грыжесечение, устранение кишечной непроходимости, эхинококкэктомия и спленэктомия в сочетании с гинекологической патологией выполнялась срединной лапаротомией (таблица).

Для выполнения симультанных операций при сочетанных хирургических и гинекологических заболеваниях, как в экстренном, так и в плановом порядке, необходимо выбрать оптимальный вид анестезии с минимальным риском для больного, с учетом основного заболевания и сопутствующей патологии. ЭТН применялся у 58 (54,7%) больных, ВВН – у 48 (45,3%) больных. ВВН был применен у больных с сочетанием аппендицита и заболеваний придатков матки (таблица).

Алгоритм ведения пациенток с сочетанной гинекологической и хирургической патологией позволяет сгруппировать пациенток, поступающих в стационар в экстренном и плановом порядке. Благодаря этому нововведению хирурги и гинекологи совместно, методологически последовательно на основании современных методов обследования верифицировали диагноз сочетанных заболеваний, что позволяло, в дальнейшем, определить тактику хирургического лечения.

Таблица

**Виды операционных доступов и обезболивания
при сочетанных хирургических и гинекологических операциях**

Основной этап хирургической операции	Число больных	Виды операционных доступов			Виды обезболивания	
		Срединная лапаротомия	Срединная лапаротомия	Разрез по Пфаннштилю	Эндогтрахеальный комбинированный наркоз	Внутривенный наркоз
Аппендэк- томия	67/63,2	5/7,5	5/7,5	11/16,4	19/28,4	48/71,6
Холецист- эктомия	22/20,8	22/100	22/100	-	22/100	-
Грыжесе- чение	6/5,7	6/100	6/100	-	6/100	-
Устране- ние ки- шечной непрохо- димости	7/6,6	7/100	7/100	-	7/100	-
Эхинокок- кэтомия	1/0,9	1/100	1/100	-	1/100	-
Спленэк- томия	3/2,8	3/100	3/100	-	3/100	-
ВСЕГО:	106	44/41,5	44/41,5	11/10,4	58/54,7	48/45,3

Этапность проведения сочетанных гинекологических и хирургических операций нашла свое отражение в предложенном нами втором алгоритме, состоящим из шести пунктов:

1. Если планируется операция на жизненно важных органах, то возникает необходимость, в первую очередь, выполнения операции на этом органе;

2. Исходим из анатомических соображений: органы расположены

в одной или в разных анатомических областях;

3. Вначале производим «чистую» операцию, т.е. если предполагаемое вмешательство не связано с вскрытием полых органов, желудочно-кишечного тракта или выполняется не на инфицированных или некротических тканях;

4. Первым этапом выполняем наиболее сложную операцию в плане развития непредвиденных интраоперационных осложнений;

5. Сами операции выполняем технически максимально быстро и качественно, помня, в первую очередь, о безопасности пациенток;

6. Желательно принять во внимание наличие сопутствующей патологии со стороны других систем, которые могут способствовать появлению послеоперационных осложнений.

Хочется отметить один факт, что на современном этапе развития хирургии и гинекологии остается спорным вопрос хирургического вмешательства на придатках матки пациенток, поступивших как в экстренном, так и в плановом порядке. Недостаточные знания хирургов о заболеваниях яичников у женщин репродуктивного возраста порой наталкивают их на неадекватные и грубые вмешательства на этих органах, что впоследствии могут привести к различным функциональным нарушениям и/или к женскому бесплодию. Неправильная верификация кистозных поражений яичников, которые, в последующем, можно излечить консервативными методами, приводит к излишней хирургической агрессии этих органов. Используя современные методы дооперационного ультразвукового исследования и цветной доплерометрии, нам удалось избежать операции на яичниках у 18 пациенток репродуктивного возраста, не включенных в группу больных, оперированных в двух анатомических областях.

Таким образом, данные наших исследований показали, что сочетание хирургических и гинекологических операций, выполненные из одного операционного доступа в целом, значительно снижает время операции по сравнению с аналогичными вмешательствами, выполненными из двух и более разрезов, что в последующем отражается на послеоперационном и анестезиологическом риске. Выполнение одномоментных сочетанных операций избавляет пациенток от повторных операций, что имеет большое морально-психологическое и экономическое значение.

Алгоритм ведения пациенток с сочетанной гинекологической и хирургической патологией



ВЫВОДЫ

1. Наиболее частыми сочетаниями хирургической и гинекологической патологии являются: острый аппендицит в сочетании с воспалительными заболеваниями придатков матки (29,41%) и желчекаменная болезнь в сочетании с доброкачественными заболеваниями матки (14,70%);

2. Частота сочетанной хирургической и гинекологической патологии у больных, поступивших в плановом порядке и нуждающихся в проведении симультанных операций, составляет 4,8% и имеет тенденцию к повышению;
3. Симультанные операции необходимо проводить после всестороннего предоперационного обследования больной с использованием новейших технологий (УЗИ, ЦДК, КТ, онкомаркеры и др.) по предложенному нами алгоритму ведения пациенток с сочетанной хирургической и гинекологической патологией;
4. Этапность проведения сочетанных хирургических и гинекологических операций осуществляется на основании предложенного нами второго алгоритма;
5. Наиболее оптимальным выбором операционного доступа хирургического лечения сочетанных хирургических и гинекологических заболеваний является срединная лапаротомия с использованием наиболее адекватного и безопасного вида анестезии – эндотрахеального наркоза;
6. Выполнение симультанных операций имеет высокое морально-психологическое значение и экономический эффект, избавляя больную от нескольких заболеваний, устраняя тем самым риск повторных операций и необходимость повторного обследования и предоперационной подготовки.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Предложенные алгоритмы ведения больных с сочетанной хирургической и гинекологической патологией позволяют на основании дооперационного обследования определить тактику лечения, т.е. формировать этапность проводимых вмешательств, выбор анестезии и операционного доступа с учетом степени операционного риска.
2. Выполнение симультанных хирургических и гинекологических операций необходимо осуществлять при совместной работе гинекологов и хирургов высокой квалификации, что позволит избежать излишнюю «агрессию» на придатках матки у женщин репродуктивного возраста.

СПИСОК НАУЧНЫХ РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Сочетание операций при эхинококкозе печени и заболеваниях гениталий // Экспериментальная и клиническая медицина, Тбилиси, 2009, №3, с.58-60 (соавт.: Р.А.Мамедов, Дж.Ф.Курбанова, Э.М.Гасымов, А.Н.Агамирова, С.Р.Сафарова).
2. Диагностика и лечение больных с сочетанными острыми хирургическими и гинекологическими заболеваниями // Акушерство и гинекология, Москва, 2009, №5, с.71-72 (соавт.: Дж.Ф.Курбанова, Р.А.Мамедов).
3. Комплексный подход к одномоментному выполнению сочетанных хирургических и гинекологических операций (обзор литературы) // Sağlamlıq, 2010, №1, с.74-77.
4. Наш опыт по проведению сочетанных одномоментных операций в хирургии и гинекологии // Azərbaycan Tibb Jurnalı, 2010, №2, с.143-145 (соавт.: Дж.Ф.Курбанова, Р.А.Мамедов, Э.М.Гасымов).
5. Клинический случай проведения спленэктомии в сочетании с кистой яичника // Хирургия, Москва, 2010, №7, с.74-75 (соавт.: Дж.Ф.Курбанова).
6. Возможности проведения сочетанных операций в гинекологической практике / Сборник трудов научно-практической конференции, посвящ. 110-летию проф. А.М.Гусейнова по теме «Некоторые вопросы акушерско-гинекологической и перинатальной патологии». Баку, 2012, с.128-130 (соавт.: Дж.Ф.Курбанова, Р.А.Мамедов).
7. Клиническое значение двухмерной трансвагинальной эхографии в диагностике образований яичника / Сборник трудов научно-практической конференции по теме «Патологические процессы и способы их коррекции». Баку, 2012, с.153-156 (соавт.: Дж.Ф.Курбанова, Р.А.Мамедов).

GÜLNARƏ AZAD qızı ƏZİMOVA

MÜŞTƏRƏK CƏRRAHİ VƏ GİNEKOLOJİ ƏMƏLİYYATLARIN BİRMƏRHƏLƏLİ YERİNƏ YETİRİLMƏSİNƏ KOMPLEKS YANAŞMA

XÜLASƏ

Dissertasiya işi Azərbaycanda aparılan müştərək cərrahi və ginekoloji əməliyyatların birmərhələli yerinə yetirilməsinə kompleks ya-naşmanın öyrənilməsinə həsr edilmişdir. Tədqiqatın məqsədi birmərhələli təcili və plan üzrə keçirilən müştərək cərrahi və ginekoloji əməliyyatların aparılma taktikasının işlənilib hazırlanması və əsaslandırılması olmuşdur.

Yaşı 15-dən 65-ə qədər olan müştərək patologiyalı 106 xəstənin klinik müşahidəsinin təhlili aparılmışdır, onlardan 72 xəstəyə təcili və 34 xəstəyə planlı surətdə operativ müdaxilə yerinə yetirilmişdir. Onların əksəriyyəti reproduktiv yaş dövründə olan qadın olmuşdur – 50 (69,4%) xəstə.

Planlı qrupun bütün xəstələrinə rutin fizikal və laborator tədqiqatlardan əlavə, rəngli doppler kartlaşması ilə dinamik USM də aparılmışdır.

44 (41,5%) müştərək əməliyyatda cərrahi yol orta laparotomiya, 11-də (10,4%) – Pfannenştıl üzrə kəsik, 51 (48,1%) halda – pararektal kəsik olmuşdur. ETN 58 (54,7%) xəstədə, VDN isə 48 (45,3%) xəstədə tətbiq edilmişdir. Klinik məlumatlar ətraflı təhlili göstərmişdir ki, stasionara daxil olma anında daha çox birgə rast gəlinən cərrahi və ginekoloji patologiyalar uşaqlıq artımlarının iltihabi xəstəlikləri ilə birgə gedən kəskin appendisit (29,41%) və öddəsi xəstəliyi ilə birgə gedən uşaqlığın xoşxassəli xəstəlikləridir (14,70%).

Müştərək ginekoloji və cərrahi patologiyalı xəstələrin təqdim edilmiş aparılma alqoritmi stasionara təcili və planlı qaydada daxil olan xəstələri qruplaşdırmağa və cərrahi taktikanı müəyyənləşdirməyə imkan verir.

Beləliklə, tədqiqatın nəticələri göstərmişdir ki, bir operativ yoldan yerinə yetirilmiş birgə cərrahi və ginekoloji əməliyyatlar, iki və ya daha çox kəsiklərdən yerinə yetirilmiş analoji müdaxilələrlə müqayisədə əməliyyat vaxtını xeyli azaldır, bu da sonralar əməliyyatsonu və anestezioloji riskdə öz əksini tapır və yüksək mənəvi-psixoloji və iqtisadi əhəmiyyət kəsb edir.

GULNARA AZAD AZIMOVA

THE COMPLEX APPROACH TO THE IMPLEMENTATION OF SINGLE-STAGE COMBINED SURGICAL AND GYNECOLOGICAL OPERATIONS

SUMMARY

The dissertation is devoted to the study of an integrated approach to the implementation of single-stage combined surgical and gynecological operations, conducted in Azerbaijan. The purpose of the study was the development and substantiation of tactics single-stage operations in emergency and planned cases of combined surgical and gynecological operations.

Clinical observations of 106 patients with combined pathology in age from 15 to 65 years has been analyzed; 72 patients of them conducted surgery in an emergency and 34 patients – in a planned manner. Most of them are of reproductive age – 50 (69,4%) patients.

All the patients of the planned group besides of routine physical and laboratory studies have been conducted dynamic ultrasound with color Doppler mapping.

At 44 (41,5%) cases of combined operations was applied median laparotomy, at 11 (10,4%) cases – Pfannenstiel incision, at 51 (48,1%) cases – adrectal cut. Endotracheal anesthesia was used in 58 (54,7%) patients, phlebonarcosis – in 48 (45,3%) patients. A detailed analysis of the clinical data showed that at the time of admission, the most frequent combination of surgical and gynecological diseases are acute appendicitis in conjunction with inflammatory diseases of the uterine appendages (29,41%) and cholelithiasis combined with benign diseases of the uterus (14,70%).

The suggested algorithm of patients with combined gynecological and surgical pathology allows grouping of patients admitted to hospital in an emergency and planned manner and to determine surgical treatment.

Thus, the results of investigation showed that combination of surgical and gynecological operations, made of single surgical approach, significantly reduces the time of surgery compared with similar interventions, made of two or more incisions, which is reflected in the postoperative and anesthetic risk and has a great moral and psychological and economic importance.

AZƏRBAYCAN RESPUBLİKASI SƏHIYYƏ NAZİRLİYİ

AZƏRBAYCAN TİBB UNİVERSİTETİ

Əlyazması hüququnda

GÜLNARƏ AZAD QIZI ƏZİMOVA

**MÜŞTƏRƏK CƏRRAHİ VƏ GİNEKOLOJİ ƏMƏLİYYATLARIN
BİRMƏRHƏLƏLİ YERİNƏ YETİRİLMƏSİNƏ
KOMPLEKS YANAŞMA**

3215.01 – Mamalıq və ginekologiya

3213.01 – Cərrahlıq

Tibb elmləri üzrə fəlsəfə doktoru elmi dərəcəsi
almaq üçün təqdim edilmiş dissertasiyanın

A V T O R E F E R A T I

Bakı – 2013