

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ  
НАЦИОНАЛЬНЫЙ ЦЕНТР ОХРАНЫ МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА

Диссертационный совет Д.14.11.010

На правах рукописи

УДК 618+ 617.089.1

**ЛАГУТИНА ОЛЬГА ВИКТОРОВНА**

**ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ  
ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В  
СТАЦИОНАРАХ КРАТКОСРОЧНОГО ПРЕБЫВАНИЯ**

**14.01.01 – акушерство и гинекология**

**АВТОРЕФЕРАТ**

диссертации на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук

Бишкек – 2011

Работа выполнена на кафедре акушерства и гинекологии № 2 Кыргызской государственной медицинской академии им. И.К.Ахунбаева, на базе родильного дома № 2 г. Бишкек и многопрофильной хирургической клиники «КАМЭК»

**Научный руководитель:** доктор медицинских наук, профессор  
**Шаршенов Асанбек Карыпбекович**

**Официальные оппоненты:** доктор медицинских наук, профессор,  
заслуженный деятель науки Кыргызской  
Республики  
**Рыбалкина Людмила Дмитриевна**

кандидат медицинских наук, доцент  
**Амян Маринэ Исаковна**

**Ведущее учреждение:** Кыргызско-Российский Славянский Университет

Защита диссертации состоится 2 июня 2011 г. в 13 часов на заседании диссертационного совета Д.14.11.010 при Национальном центре охраны материнства и детства Министерства здравоохранения Кыргызской Республики (720038, Кыргызская Республика, г. Бишкек, ул. Ахунбаева, 190).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Национальном центре охраны материнства и детства Министерства здравоохранения Кыргызской Республики (Кыргызская Республика, г. Бишкек, ул. Тоголока Молдо, 2).

Автореферат разослан «30» апреля 2011 г.

Ученый секретарь  
диссертационного совета  
кандидат медицинских наук,  
старший научный сотрудник

Фуртикова А.Б.

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

**Актуальность темы диссертации.** В связи с ростом экологического неблагополучия, экономической нестабильностью в Кыргызстане после распада СССР отмечен рост числа женщин с сочетанной гинекологической и хирургической патологией. Несомненно влияние на этот показатель внедрения новейших технологий, клиничко-лабораторных и функциональных методов исследования, расширяющих диагностические возможности.

Сложившаяся экономическая ситуация в Кыргызстане потребовала реформирования системы здравоохранения, направленного на сокращение дорогостоящей стационарной помощи и расширение амбулаторно-поликлинической помощи населению. Однако данные реформы не дали ожидаемых результатов, в связи с тем, что снизилось финансирование государственных лечебных учреждений на лечение и профилактику заболеваний, следствием чего явилось введение сооплаты за оказание медицинских услуг. В. И. Абаева с соавт. (2001), Н. Ф. Герасименко с соавт., (2002), Н. Б. Грищенко (2002) отмечают, что в период экономических реформ без привлечения собственных средств населения и внебюджетных источников, потребности и запросы больных не смогут обеспечиваться крайне ограниченными бюджетными средствами.

В связи с этим возникла необходимость поиска новых форм эффективного медицинского обслуживания. Одним из решений данной проблемы является проведение одномоментного хирургического лечения гинекологических больных в условиях краткосрочного пребывания в стационаре.

На современном этапе медицинской науки ввиду усовершенствования лабораторно-диагностической службы, широкого внедрения в практику малотравматичных технологий (лапароскопия, минилапаротомия), усовершенствования анестезиологической службы, применения антибиотиков широкого спектра действия, высококачественного шовного материала, одномоментная хирургическая коррекция 2-х и более заболеваний у гинекологических больных находит все больше сторонников.

Опыт проведения симультанного лечения (Т. Ш. Магдиев, Н. В. Северенко, 1999; В. А. Полуэктов с соавт., 2000; Н. В. Баулина, Е. А. Баулина, 2004; А. Д. Салыбаев, 2005) свидетельствует о том, что больные, подвергнутые симультанным операциям в условиях одномоментного анестезиологического пособия, избавляются сразу от нескольких заболеваний, устраняется риск повторного оперативного вмешательства и связанных с ним осложнений, сокращается время пребывания больных в стационаре и последующего лечения, снижаются экономические затраты, улучшается качество жизни пациентов, и, следовательно, повышается качество оказываемых медицинских услуг населению. Все выше изложенное имеет существенное значение в условиях сложившейся экономической ситуации в Кыргызстане. Отсутствие

сведений по перечисленным проблемам в отечественной медицинской печати, важность их для системы здравоохранения стали обоснованием для проведения данного исследования.

**Связь темы диссертации с крупными научными программами, основными научно-исследовательскими работами, проводимыми научными учреждениями.** Работа выполнена в соответствии с планом научных исследований Кыргызской государственной медицинской академии им. И. К. Ахунбаева по теме «Оптимизация хирургического лечения гинекологических больных с сочетанной патологией в стационарах с кратковременным пребыванием», № Госрегистрации 0004826.

**Цель исследования:**

Разработать эффективные технологии одномоментного оперативного лечения больных с сочетанной гинекологической и экстрагенитальной хирургической патологией.

**Задачи исследования:**

1. Изучить частоту и структуру гинекологической и сочетанной с ней экстрагенитальной патологии, требующей хирургического лечения.

2. Разработать критерии риска, показания и противопоказания к проведению одномоментных операций и последовательность их выполнения в гинекологической практике.

3. Оценить исходы одномоментных симультанных и сочетанных операций в гинекологической практике.

4. Определить медицинскую и экономическую эффективность симультанных и сочетанных операций у гинекологических больных.

**Научная новизна полученных результатов**

- Подтвержден факт высокой частоты женщин с гинекологическими заболеваниями, имеющих сочетанную патологию, требующую хирургического вмешательства. По данным клиники «КАМЭК» она составила 79,4% среди женщин с гинекологической патологией, в том числе у 38,4% требовалась коррекция в различных системах, а у 41,0% были необходимы оперативные вмешательства на различных отделах половой сферы.

- В условиях клинического исследования доказано, что одним из путей оптимизации хирургического лечения гинекологических больных с сочетанной патологией является проведение одномоментных оперативных вмешательств в рамках одного анестезиологического пособия.

- Научно обоснована и разработана методика оценки адаптивных возможностей организма и определения критериев риска проведения одномоментных операций.

- Представлен алгоритм технологии проведения одномоментных хирургических вмешательств у женщин с сочетанной гинекологической патологией и при наличии симультанных заболеваний, включающий процесс отбора больных к операции, определение последовательности проведения

операций, обоснование анестезиологического пособия и тактики проведения операций и послеоперационного ведения пациенток.

• На основании клинико-лабораторных данных, сравнительного анализа качества жизни, материальных затрат, исходов одномоментных операций доказана их высокая медицинская и экономическая эффективность.

### **Практическая значимость полученных результатов**

Разработана методика определения адаптивных возможностей организма, выделены критерии риска операции, определены показания и противопоказания к проведению симультанных и сочетанных гинекологических операций и последовательность их выполнения.

Разработаны и внедрены методы профилактики кровопотери и послеоперационных осложнений. Доказана медицинская эффективность проводимых мероприятий.

**Экономическая значимость полученных результатов** обусловлена высокой экономической эффективностью проводимых симультанных и сочетанных гинекологических операций в условиях одного анестезиологического пособия и кратковременного пребывания больных в стационаре.

### **Внедрение полученных результатов**

Результаты проведенных исследований внедрены в программу кафедры акушерства и гинекологии факультета последипломной подготовки врачей Кыргызской Государственной медицинской академии, в практику работы многопрофильной хирургической клиники «КАМЭК», что подтверждено актами о внедрении.

По материалам исследования изданы методические указания:

1. Симультанные операции в гинекологии – путь к охране репродуктивного здоровья. - Бишкек, 2007.- 15 с.

2. Применение медицинского озона в хирургии, гинекологии и урологии. - Бишкек, 2005. – 13 с.

3. Особенности эпидуральной анестезии у больных с хирургической патологией органов брюшной полости и малого таза при сопутствующих заболеваниях. - Бишкек, 2005. – 16 с.

### **Основные положения диссертации, выносимые на защиту:**

1. Из числа обратившихся в клинику «КАМЭК» за период с 1998 по 2006 гг. гинекологических больных, подлежащих оперативному лечению, в 38,4 % случаев имелась сочетанная хирургическая патология и в 41,0 % случаев – гинекологические заболевания в различных отделах половой сферы, подлежащих 2-3-х этапной хирургической коррекции.

2. Основными обоснованиями к проведению одномоментных хирургических вмешательств являются: наличие двух и более патологий, требующих оперативного лечения, согласие пациентки на поэтапную операцию, возможность полноценного технического обеспечения данного вмешательства.

3. Разработанная совместно с анестезиологами модификация перидуральной анестезии и метод снижения кровопотери, применение озона в динамике оперативного лечения и в послеоперационном периоде сводят до минимума число осложнений в послеоперационном периоде у больных с сочетанной гинекологической и хирургической патологией.

4. Проведение симультанных и сочетанных операций в условиях одного анестезиологического пособия, низкий показатель послеоперационных осложнений, отсутствие необходимости повторного оперативного вмешательства, улучшение качества жизни, подтверждают высокую эффективность внедрения технологии одномоментного оперативного лечения женщин с сочетанной патологией в условиях кратковременного пребывания в стационаре.

#### **Личный вклад соискателя**

Автор выполненной диссертации лично выполнял весь объем анализа ретроспективных и сбора проспективных клинико-лабораторных наблюдений женщин с сочетанной гинекологической и хирургической патологией, принимал участие в оперативном лечении и ведении больных в послеоперационном периоде и оценивал качество жизни прооперированных больных через 2-3-6 месяцев и через год после перенесенных операций. Лично автором проведен информационный и патентный поиск, разработано рацпредложение по уменьшению оперативной кровопотери, проводилась оценка степени риска на основе вариабельности сердечного ритма, статистическая обработка, анализ и описание полученных данных.

**Апробации результатов диссертации.** Материалы диссертации доложены на: I съезде педиатров и детских хирургов Кыргызской Республики (Бишкек, 2005); юбилейной конференции «Актуальные проблемы репродуктивной медицины» (Алматы, 2006); XII, XIII, XIV научных конференциях молодых ученых (Бишкек, 2006, 2007, 2008).

#### **Полнота отражения результатов диссертации в публикациях**

По теме диссертации опубликовано 13 статей и 3 методических рекомендации для врачей, утверждено рационализаторское предложение № 245 от 10.06.2006 г.

#### **Структура и объем диссертации**

Диссертационная работа изложена на 126 страницах компьютерного текста (включая таблицы, рисунки и список литературы) шрифтом Times New Roman 14 через 1,5 межстрочных интервала, состоит из введения, обзора литературы, материала и методов исследования. Результаты собственного исследования представлены в третьей главе, их обсуждение в заключении, в выводах и практических рекомендациях. Работа иллюстрирована 13 таблицами.

Список использованной литературы содержит 226 источников, в том числе 18 иностранных, 181 ближнего зарубежья и 27 отечественных.

## СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

**Во введении** обоснована актуальность темы исследования, представлены его цель и задачи, изложена научная новизна, практическая значимость и основные положения диссертации, выносимые на защиту.

**В первой главе** – обзоре литературы приводятся данные систематизированные и обобщенные данные по современному состоянию проблемы исследований: понятие и классификация сочетанных операций, показания, противопоказания, последовательность и преимущества проведения данного вида операций.

С учетом проведенного обзора литературных данных обосновывается актуальность проведения исследований по теме диссертационной работы.

**Во второй главе** представлены материал и методы исследования.

### **2.1. Объект и объем исследования.**

Работа выполнялась в два этапа.

На первом этапе проводилось наблюдение 480 гинекологических больных, подвергнутых оперативному лечению в многопрофильной хирургической клинике «КАМЭК» за период с 1998 по 2006 гг.

Все больные были разделены на несколько групп.

Первую группу составили 180 женщин, подвергнутых симультанним операциям на гениталиях и внеполовой сфере, проводимых в два и более этапа в рамках одного анестезиологического пособия в условиях краткосрочного пребывания больных в стационаре.

Вторую – 200 женщин с наличием сочетанной гинекологической патологии, подвергнутых двухэтапным операциям на гениталиях.

Третья группа (контрольная) – 100 гинекологических больных, подвергнутых одноэтапному оперативному лечению на половых органах.

На втором этапе проводились анализ и статистическая обработка историй болезни, оценивалось качество жизни пациенток и определялись адаптивные возможности организма женщин до и после оперативного вмешательства.

### **2.2. Методы исследования.**

Всем гинекологическим больным был проведен ряд исследований, включающий общеклинические методы (общий анализ крови и мочи, ЭКГ), а также по показаниям проводились УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства, щитовидной и молочной желез, биохимические анализы, флюорография органов грудной клетки, исследовались показатели свертывающей системы крови.

Оценивались преморбидный фон гинекологических и экстрагенитальных заболеваний, специфические функции женского организма (менструальная, репродуктивная), давность заболевания, особенности его течения на этапе, предшествующем операции.

В случаях поступления больных в стационар по экстренным показаниям возможность проведения симультантных операций проводилась на основе оценки критериев риска, представленных в таблице 1 (А. Д. Салыбаев, 2002).

Таблица 1 - Критерии риска выполнения симультанных операций

Критерии	Баллы		
	3	2	1
АД, мм. рт. Ст.	120/80 130/80	90/70	< 90/70
ЦВД, мм вод.ст.	100 - 120	110 - 130	130 - 100
ЧДД в мин	16 - 18	18 - 26	> 26
РАО рт.ст.	80 - 96	65 - 80	< 65
Кровь			
Протромбиновый индекс, %	90	>100	< 70
Калий плазмы, моль/л	4 - 5	2,5 - 3	< 3; < 4
Лейкоциты, $10^9$ г / л	8,0 – 10,0	10,0– 14,0	> 14,0
Лейкоцитарный индекс интоксикации	0,5 – 1,5	1,5 – 4,0	> 4,0
Мочевина, моль/л	3,5 – 6,0	6,0 – 12,0	> 12,0
Креатинин, мкмоль/л	80,0 – 120,0	120,0–180,0	> 180,0
Эритроциты, $10^{12}$ г / л	3,0 – 4,0	< 3,0	< 2,0
Билирубин, моль/л	8,0 – 15,0	15,0– 60,0	> 60,0
АЛТ, ед/л	0,06 – 0,10	0,11– 0,15	> 0,15
АсАТ, ед/л	0,07 – 0,10	0,11– 0,15	> 0,15

При сумме баллов от 42 до 36 считается возможным выполнить любую операцию, при сумме баллов от 35 до 25 – не проводятся одномоментно миомэктомия и холецистэктомия и эхинококкэктомия, но возможно сочетание их с грыжесечением. При сумме баллов менее 25 операции выполняются только на одном органе.

Степень интоксикации определяли по количеству лейкоцитов, лейкоцитарному индексу интоксикации, который определяли по формуле Кальф-Калифа (1941). Суммарная оценка складывалась из установленных степеней нарушения.

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 с использованием стандартов Общества Кардиологии и Североамериканского Электрофизиологического Общества (1996) – сравнительно новый метод неинвазивных функциональных исследований в кардиологии.

Перед операцией и в постоперационном периоде через 2 - 3, 6 месяцев и через год осуществлялась оценка качества жизни пациенток на основе критериев, включающих в себя разделы: определение физической активности пациенток, психическое состояние, социальное, ролевое и сексуальное функционирование, общую самооценку состояния здоровья и качества жизни с

помощью заполнения специально разработанной анкеты и при необходимости клинико-лабораторного обследования женщин.

Проводилась оценка экономической и медико-социальной эффективности от проведения симультанных операций и сочетанных гинекологических в сравнении с одноэтапными операциями и определены прямые затраты на них.

При определении медико-социальной эффективности учитывались средняя продолжительность и кровопотеря во время операций, в зависимости от вида перенесенной операции (тотальная гистерэктомия, субтотальная гистерэктомия, наиболее часто проводимые при сочетаниях с холецистэктомией, с грыжесечением, аднексэктомии при сочетании с аппендэктомией, пластические операции на гениталиях - с грыжесечением); осложнения в послеоперационном периоде, средние показатели проведенных койко-дней; качество жизни через 2 - 3, 6 и 12 месяцев после оперативного лечения.

В послеоперационном периоде в обязательном порядке производилось гистологическое исследование удаленных органов.

Экономическая эффективность оценивалась по прямому расходу средств, затраченных непосредственно на лечение больных, как то: стоимость наркотических и медикаментозных средств, затраченных на оперативное лечение и профилактику послеоперационных осложнений.

Статистический анализ результатов исследования проводился на персональном компьютере путем определения относительных показателей, средних величин и критериев достоверности различий Стьюдента.

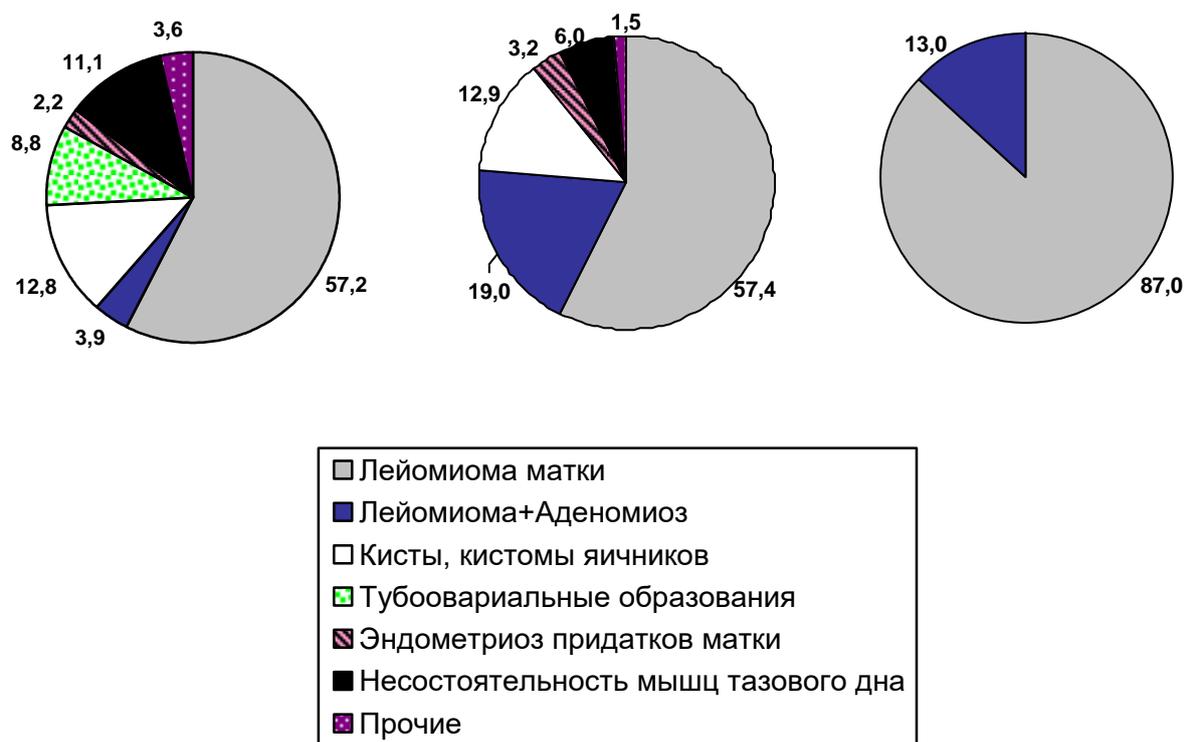
**В главе 3** представлены результаты собственного исследования

**3.1.** Распространенность гинекологической и сочетанной экстрагенитальной патологии, требующей хирургического лечения.

Анализ проведенного исследования выявил следующие гинекологические заболевания у женщин трех групп: на первом месте по частоте была патология матки – у 402 женщин ( 83,7 %), в том числе лейомиома матки – у 332 (69,1 %), сочетание лейомиомы матки с аденомиозом – у 59 (28,3 %), аденомиоз у – 3 (0,6 %), на втором месте находилась патология придатков матки – у 87 (18,1 %), кисты и кистомы яичников – у 55 (11,5 %), тубоовариальные образования – у 16 (3,3 %), эндометриоз придатков матки – у 12 (2,5 %), апоплексия яичника – у 2 (0,4 %), и по 1 случаю трубная беременность и окклюзия труб (0,2 %), На третьем месте находилась несостоятельность мышц тазового дна, которая была диагностирована у 35 женщин ( 7,3 %) и по 1 случаю разрыв промежности IV степени и киста бартолиновой железы (0,2 %).

Из данных диаграммы очевидна наибольшая частота лейомиомы матки (рис. 1). В первой и второй группах женщин на втором месте по частоте находились кисты и кистомы яичников, на третьем месте по частоте – пролапс половых органов.

Редко встречались следующие виды патологии: апоплексия яичника - 1,1% и по 0,5 % - пиометра, окклюзия маточных труб, разрыв промежности IV степени, трубная беременность и киста бартолиновой железы.



**Рис 1. Основные гинекологические заболевания у женщин сравниваемых групп (в %).**

Помимо этого у женщин первой группы была выявлена хирургическая патология, как основная у 70 женщин и как сопутствующая у 110 женщин.

Из 180 женщин этой группы обратились за помощью по поводу экстрагенитальной хирургической патологии 102 женщины, а гинекологические заболевания были выявлены попутно; у 78 женщин, впервые обратившихся к гинекологу, была выявлена хирургическая патология.

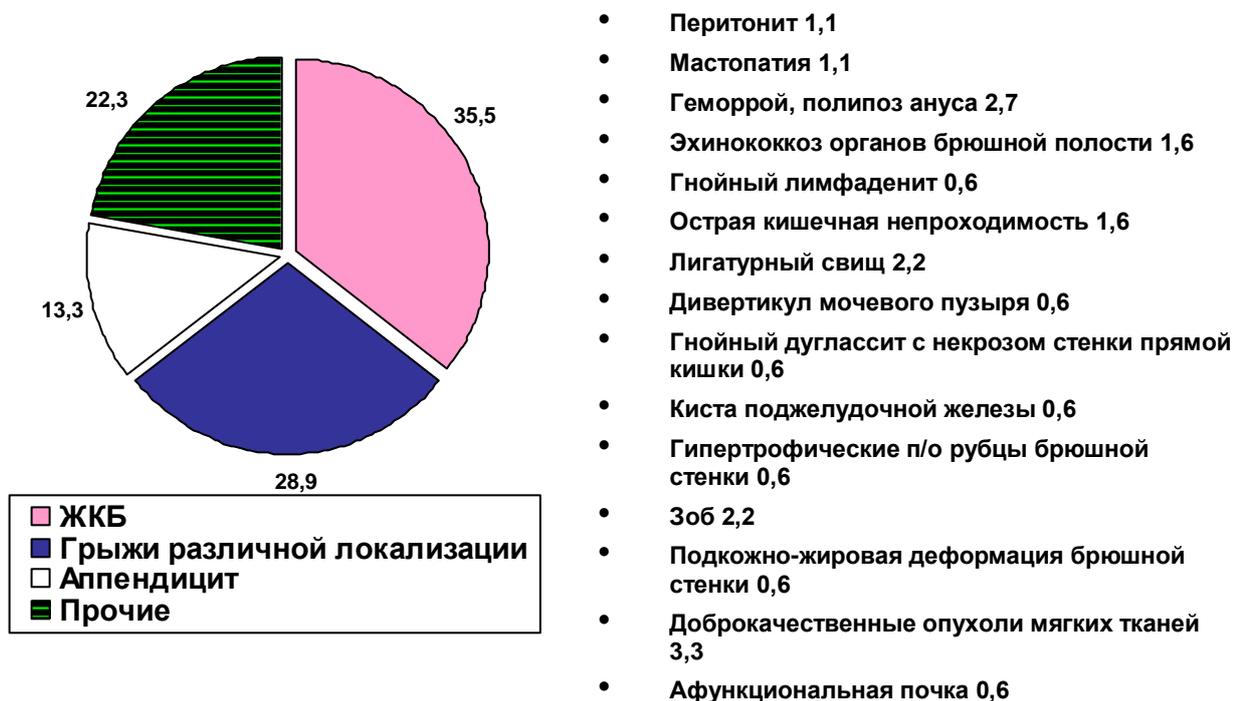
Показания к хирургическим операциям: при желчнокаменной болезни – частые приступы печеночной колики, механическая желтуха в анамнезе, окклюзия пузырного протока, водянка желчного пузыря; показания при грыжах различной локализации, аппендиците и другой экстрагенитальной патологии. У 200 пациенток с сочетанной гинекологической патологией, показания для оперативного лечения явились: наличие лейомиомы матки у 191 (96,0 %), в том числе «чистая» миома матки – у 142 (57,4 %), у 47 (19,0 %) – сочетанная с аденомиозом, у 2-х - аденомиоз (1,0 %).

Патология придатков матки имела место у 40 женщин (20,0 %), в том числе у 32 -х - кисты и кистомы яичников (12,9 %), у 8 – эндометриоз придатков матки (3,2 %).

У 15 женщин (6,0 %) имела место несостоятельность мышц тазового дна и связанные с ней нарушения функции тазовых органов.

В группе контроля из 100 женщин у 87 (87,0 %) была диагностирована лейомиома матки, у 12 – сочетание аденомиоза с лейомиомой матки (12,0 %) и в 1 случае аденомиоз (1,0 %).

У женщин, подвергнутых симультанному лечению, были диагностированы следующие виды экстрагенитальной патологии, подлежащей оперативному лечению (рис. 2):



**Рис. 2. Основные хирургические заболевания у женщин, подвергнутых симультанным операциям (I группа) (в %).**

В структуре хирургической патологии преобладали ЖКБ (35,5%), грыжи различной локализации (28,9%), аппендицит (13,3%), прочие болезни составили 22,3%.

### **3. 2. Виды, последовательность и исход симультанных операций.**

При выборе очередности хирургического вмешательства важную роль играет 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 превалирования выявленной сочетанной патологии.

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. В случаях наличия деформации передней брюшной стенки за счет рубцовых изменений после ранее перенесенных операций производилась лапаротомия с иссечением старого послеоперационного рубца.

Операции на промежности и наружных половых органах проводились вторым этапом.

Все операции проводились под перидуральной анестезией (за исключением хирургического лечения заболеваний щитовидной и молочных

желез). Преимущества данного вида обезболивания заключаются в следующем: управляемая гипотония и гемодилюция во время операции, реже наблюдаются нежелательные влияния на жизненно-важные органы, ранняя (через 6-7 часов) активизация больных в послеоперационном периоде, профилактика тромбоэмболических и легочных осложнений, быстрое восстановление работы желудочно-кишечного тракта.

Техника перидуральной анестезии совместно с анестезиологом нами усовершенствована. Пункцию производили модернизированной иглой типа Кроуфорда непрерывно-вращательно-поступательными движениями иглой с синхронным надавливанием на поршень. Модификация заключалась в том, что часть иглы шлифуется со всех сторон для придания ей тупоскользкой формы.

Перидуральная анестезия осуществлялась на разных уровнях в зависимости от типа операции. При холецистэктомии - на уровне грудных позвонков Т 7-8, при гинекологических операциях – Т 11-12.

С целью профилактики гнойно-воспалительных процессов после выполнения перидуральной анестезии на протяжении всей операции больным проводилась ингаляция озоно-кислородной смесью. Во время операции и в течение 2-3 дней после нее 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 0,9 % раствором поваренной соли с концентрацией озона 8-10 мкг/мл.

### **Сочетание видов гинекологической и экстрагенитальной патологии, требующей хирургического лечения.**

Лейомиома матки в 52-х случаях из 110 (47,3%) сочеталась с желчнокаменной болезнью, в 37 (33,6%) – с грыжами различной локализации; 19,8% составили все остальные хирургические заболевания, в том числе у 4-х – геморрой, у 4-х – узловатая форма зоба, у 4-х – доброкачественные опухоли туловища, у 3-х – аппендицит; эхинококк печени, киста поджелудочной железы и афункциональная почка встречались в единичных случаях, у 2-х – деформация передней брюшной стенки.

Патология придатков матки в 20 случаях из 47 (42,6%) сочеталась с аппендицитом, у 7 женщин - со спаечной болезнью органов малого таза (14,9%), в 8 случаях (17,0 %) – с гнойным процессом в малом тазу, в 3-х (6,4%) - с эхинококкозом органов брюшной полости и в 9 (19,1%) – с прочими.

Таким образом, из числа женщин с гинекологической патологией, обратившихся за медицинской помощью в клинику «КАМЭК», в 37,5% случаев была выявлена сочетанная экстрагенитальная патология, требующая хирургического вмешательства.

В структуре гинекологической патологии 61,1 % составили опухоли матки, в том числе в 54,7 % – «чистые» лейомиомы матки, в 6,4 % - сочетанные

с аденомиозом. На втором месте по частоте находилась патология придатков матки, составившая 26,1%. На третьем месте была несостоятельность мышц тазового дна, составляющая 10,7%.

Наиболее часто наблюдаемые сочетания гинекологической и хирургической патологии это: лейомиома матки и калькулезный холецистит (47,7%), лейомиома и грыжи различной локализации (33,6%).

Патология придатков матки в 42,6% случаев сочеталась с аппендицитом, в 14,9% случаев - со спаечной болезнью органов малого таза, в 17,0% - с гнойным процессом в малом тазу и в 6,4% - с эхинококкозом органов брюшной полости.

**3.3.** Виды и исход одномоментных оперативных вмешательств у женщин с сочетанной гинекологической патологией.

Из 480 женщин, обратившихся за медицинской помощью по поводу наличия гинекологической патологии, у 200 (52,6%) выявлены сочетание заболеваний половой сферы, подлежащих многоэтапному оперативному лечению.

Наиболее распространенным видом патологии явились сочетание лейомиомы с патологией придатков матки (96,0%) и несостоятельностью мышц тазового дна (7,5%).

Всем 200 женщинам проведено одномоментное оперативное лечение в условиях одного анестезиологического пособия, в том числе произведена 431 операция, представленная 27 видами сочетаний. В среднем приходилось по  $2,2 \pm 0,02$  операции на одну женщину.

Исход всех операций был благоприятным независимо от экстренных показаний со средним пребыванием в стационаре по  $3,4 \pm 0,7$  к/дня.

Все вышеизложенное свидетельствует не только о возможности, но при наличии необходимых выше названных нами условий, о целесообразности одномоментного оперативного лечения больных с сочетанной гинекологической патологией даже в условиях стационара кратковременного пребывания.

**3.4.** Виды и исход одноэтапных гинекологических операций у женщин группы контроля.

Одноэтапному оперативному лечению подвергнуто 100 женщин с патологией матки. В 33-х случаях патологический процесс распространялся и на шейку матки. Это явилось показанием для производства тотальной гистерэктомии. Суправагинальная гистерэктомия проведена 65 женщинам, консервативная миомэктомия – двум.

Все операции и послеоперационный период проходили без осложнений в условиях кратковременного пребывания в стационаре. Среднее пребывание на койке составило  $2,9 \pm 1,5$  дня.

**3.5.** Медицинская и экономическая эффективность проведения симультанных и сочетанных операций.

Для сравнительной оценки исхода оперативных вмешательств у женщин трех сравниваемых групп определены критерии: средняя продолжительность операции и пребывания больной на стационарном лечении в

послеоперационном периоде, средняя интраоперационная кровопотеря в зависимости от вида оперативного вмешательства.

Полученные данные отражены в таблице № 2, анализ которых свидетельствует о том, что у женщин I группы, подвергнутых тотальной гистерэктомии, в сравнении с пациентками II и III групп средняя продолжительность операции была достоверно более продолжительной. Что касается интраоперационной кровопотери и продолжительности пребывания на стационарном лечении в послеоперационном периоде, то разница между ними была недостоверна.

При выполнении субтотальной гистерэктомии в сочетании с хирургическими вмешательствами средняя продолжительность оперативного вмешательства была достоверно большей в сравнении с таковой у женщин II и III групп. Однако величина интраоперационной кровопотери, и продолжительности пребывания больных на стационарном лечении практически были одинаковыми у женщин всех трех групп.

Большей продолжительностью за счет выполнения хирургических операций была и консервативная миомэктомия в сравнении с женщинами III группы. Остальные показатели были одинаковыми.

При производстве операции на придатках матки, имевших место у женщин I и II групп. Все определяемые критерии были одинаковыми.

Что касается пластических операций на промежности, то они были более продолжительными ( $P < 0,01$ ) и отличались большей кровопотерей у женщин I группы, однако число проведенных ими койко-дней достоверно не отличалось.

Таким образом, симультанные операции отличались большей продолжительностью от сочетанных и одноэтапных при производстве тотальной, субтотальной гистерэктомии и при пластических операциях на промежности. Последние отличались большей интраоперационной кровопотерей у женщин I группы.

В структуре гинекологических операций у женщин, подвергнутых симультанным операциям, преобладали гистерэктомии: тотальная – 13,2 % (34 операции), субтотальная – 28,4 % (73), консервативная миомэктомия – 1,2 % (3). Среди оперативных вмешательств на придатках были осуществлены двусторонняя аднексэктомия в 15,2 % (39), односторонняя аднексэктомия – 14,8 % (938 операций), кистэктомия – 5,1 % (13), сальпингоэктомия – 3,9 % (10). Передняя и задняя кольпоррафия с леваторопластикой проводилась в 8,2 % (21 операция), экстирпация матки по-Мейо – в 1,6 % (4).

Хирургические операции, проведенные у женщин первой группы, были представлены следующими видами операций: холецистэктомия – 29,4 % (64 операции), грыжесечение с пластикой – 23,6 % (52), операции на кишечнике – 17,5 % (38), в том числе аппендэктомия – 11,1 % (24), резекция сальника – 12,0 % (26), операции на передней брюшной стенке – 8,3 % (18), эхинококкэктомия органов брюшной полости – 1,8 % (4), операции на щитовидной железе – 1,8 % (4) и другие виды оперативного вмешательства – 5,6 %.

Таблица 2 - Основные виды и исходы операций у женщин всех трех групп

Наименование операций	n	Симультанные операции M+m	n	Сочетанные операции M+m	n	Одноэтапные операции M+m
Особенности течения						
I. Тотальная гистерэктомия	34		62		33	
Средняя продолжительность в минутах		105,8±21,3		65,0±12,8		57,1±9,7
Средняя кровопотеря		150,0±25,2		140,0±26,8		120,0±15,0
Койко-дни		3,9±0,5		3,4±1,7		2,9±1,5
II. Субтотальная гистерэктомия	73		128		65	
Средняя продолжительность в минутах		95,0±13,2		40,0±15,7		37,0±9,5
Средняя кровопотеря		150,0±26,8		120,0±15,0		120,0±26,8
Койко-дни		3,2±0,6		3,1±1,2		2,6±1,2
III. Консервативная миомэктомия	3		6		2	
Средняя продолжительность в минутах		58,0±12,0		30,0±14,4		25,0±1,0
Средняя кровопотеря		220,0±36,0		200,0±17,0		200,0±70,4
Койко-дни		5,6±1,7		4,5±0,8		2,2±0,8
IV. Операции на придатках матки	118		188		-	
Средняя продолжительность в минутах		43,6±5,8		38,0±6,9	-	-
Средняя кровопотеря		120,0±7,0		106,0±12,0	-	-
Койко-дни		3,5±0,7		2,8±0,5	-	-
V. Пластические операции на промежности	21		15		-	
Средняя продолжительность в минутах		86,3±12,2		45,0±12,0	-	-
Средняя кровопотеря		250,0±16,0		150,0±18,0	-	-
Койко-дни		3,0±0,3		4,8±1,6	-	-

Операции проводились в основном в 2-3 этапа.

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

Очевидна большая продолжительность симультанных операций у женщин с наличием сочетанной хирургической патологии, что было связано со вторым вмешательством.

Средняя кровопотеря достоверно не отличалась, так как была проведена профилактика по авторской методике (рац предложение № 245 от 10.06.2006 г.

№ заявления 2006013). Рационализаторское предложение «Профилактика кровопотери при гинекологических операциях»).

**Таблица 3 - Этапность гинекологических и хирургических операций, выполненных у женщин I группы**

Вид оперативного лечения	I этап	II этап	III этап	IV этап	V этап	VI этап
Общее число женщин, подвергнутых оперативному лечению на каждом этапе	180	180	89	24	3	1
Из них гинекологических операций на этапах	100	118	29	11	1	-
Хирургические операции	80	62	61	13	2	1

Более экономичны были расходы на перидуральную анестезию, на одну операцию они составили  $218,5 \pm 5,42$  сом.

Количество койко–дней достоверно не отличалось, у 18 больных потребовалась большая продолжительность пребывания в стационаре в связи с наличием гнойного процесса.

Осложнения в виде подкожного инфильтрата послеоперационной раны были у 2-х женщин, перенесших симультанные операции.

### **3.6. Качество жизни женщин после перенесенных одномоментных симультанных и сочетанных операций.**

Оценка качества жизни женщин выявила наличие болевого синдрома, преобладавшего у женщин с сочетанной гинекологической и экстрагенитальной патологией, требующей оперативного лечения. Менее выражен болевой синдром был у женщин с сочетанной гинекологической патологией и у пациенток с заболеваниями матки.

Другие показатели качества жизни пациенток – снижение физической активности, проявлялось в виде ощущения усталости, вялости, сонливости, снижения физической силы, изменения психического здоровья - ощущения подавленного, унылого депрессивного состояния, ослабления памяти, эмоциональной нестабильности, потери интереса к событиям, ролевое (проблемы в трудовой деятельности, ограничение рабочего дня в связи с заболеванием, взаимоотношения с супругом, детьми, изменение любимых увлечений) и социальное функционирование (взаимоотношения с родственниками, друзьями, другими людьми) были снижены у женщин всех трех групп, но в большей степени у женщин, перенесших симультанные операции, причем достоверной разницы в показателях не было. На сексуальную функцию оказывали влияние болевой синдром, объем оперативного лечения, психологическое состояние женщин, что проявлялось в виде дискомфорта, чувства неудовлетворенности, собственной половой неполноценности. Результаты определения качества жизни женщин приведены в таблице 4.

Таблица 4 - Оценка качества жизни женщин трех групп

Группы женщин	2-3 мес		6мес		12 мес	
	n	%	n	%	n	%
<b>1. Болевой синдром</b>						
I группа	38	95,0	15	37,5	3	6,2
II группа	26	55,3	12	25,5	3	6,4
III группа	19	63,3	8	26,6	2	6,7
<b>2. Физическая активность</b>						
I группа	65,0	26	12	30,0	6	15
II группа	29	61,7	1	25,5	3	6,4
III группа	16	56,6	7	23,5	1	3,3
<b>3. Нарушение психического здоровья</b>						
I группа	17	42,5	8	20,0	8	20,0
II группа	17	40,4	6	12,7	1	2,1
III группа	9	22,5	6	20,0	3	10,0
<b>4. Социальное функционирование</b>						
I группа	18	45,0	11	27,5	11	27,5
II группа	21	44,7	17	36,2	17	36,2
III группа	6	16,6	6	20,0	6	20,0
<b>5. Ролевое функционирование</b>						
I группа	17	42,5	12	30,0	12	30,0
II группа	21	44,7	17	36,2	12	37,8
III группа	8	26,6	6	16,6	6	20,0
<b>6. Сексуальное функционирование</b>						
I группа	24	60,0	15	37,5	10	25,0
II группа	30	63,8	20	54,1	8	21,1
III группа	18	60,0	16	53,3	7	23,3

**3.7.** Оценка адаптивных возможностей организма женщин после перенесенных одномоментных симультанных и сочетанных операций.

Определение вариабельности сердечного ритма гинекологических больных всех трех групп в предоперационном периоде и в последующие 2-3 суток после оперативного вмешательства выявило изменения адаптивных возможностей организма в большей степени у пациенток первой группы. Адаптивные возможности организма у женщин второй и контрольной группы не отличались. Необходимо отметить влияние преморбидного фона и общего состояния женщин до операции, особенно у пациенток с сочетанной гинекологической и хирургической патологией, которые усугублялись симптоматикой двух и более заболеваний, по поводу которых госпитализировались женщины. Одномоментное оперативное лечение гениталий и хирургической патологии также несколько усугубляло процесс адаптации организма пациенток. У большинства женщин в послеоперационном

периоде было выявлено преобладание влияния симпатической нервной системы (превалирование низкочастотных LF волн над высокочастотными HF).

Определение variability сердечного ритма женщин производилось по следующим показателям: частота пульса (ЧП), мода (Мо), амплитуда моды (Амо), индекс напряжения (ИН) и соотношение низких и высоких частот (LF / HF), отражающих влияние оперативного вмешательства на симпатическую нервную систему.

**Таблица 5 - Variability сердечного ритма у женщин всех трех групп**

Сутки	ЧП	Мо	Амо	ИН	LF / HF
<b>1. Женщины, перенесшие симультанные операции</b>					
До операции	80,0±16,2	0,75 ± 0,15	69,2 ±6,65	175,5 ±29,5	1,55 ±0,25
I сутки	71,0±7,0	0,73± 0,06	62,3±15,6	173,0 ± 28,0	1,7±0,5
II сутки	66,5±2,5	0,73 ± 0,03	50,8±3,3	174,5±17,5	1,3 ±0,1
III сутки	68±6,0	0,79±0,08	38,5±3,5	168,4±37,8	1,1±0,2
<b>2. Женщины, перенесшие сочетанные гинекологические операции</b>					
До операции	74± 10,0	0,72± 0,06	48,0± 8,3	149,5 ± 15,5	0,8± 0,15
I сутки	60 ±9,0	0,69 ± 0,8,	37,8 ± 54,7	147 ± 15,8	0,95 ± 1,0
II сутки	68,5 ± 7,5	0,75 ± 0,04	36,8 ±3,3	146± 10,0	1,22 ± 0,22
III сутки	66,7±8,0	0,74±0,06	35,7±5,0	133,2±19,0	0,9±0,1
<b>3. Женщины, перенесшие операции на матке</b>					
До операции	69,0 ±9,0	0,73± 0,07	41,0 ±6,6	144 ±8,0	0,775 ± 0,025
I сутки	67,5 ± 7,5	0,76 ± 0,05	41,5 ±3,8	144,5 ±6,5	0,85±0,05
II сутки	68,0 ±8,0	0,75 ± 0,05	40,7 ±1,9	149,0 ± 7,0	0,9± 0,05
III сутки	65,5±6,0	0,77±0,65	39,2±3,2	137,0 ± 11,7	0,8±0,05

Достоверных различий в показателях трех групп женщин не было.

Данные таблицы позволяют судить об адекватности проведения анестезиологического пособия, симультанных и сочетанных гинекологических операций, т. к. нет большого вариационного размаха в послеоперационном периоде у пациенток трех групп.

## **ВЫВОДЫ**

1. Частота сочетанной гинекологической и хирургической патологии по обращаемости в клинику «КАМЭК» за период 1998 по 2006 гг. составила 38,4%, а заболеваний различных отделов гениталий - 41,0%.

В структуре сочетанных заболеваний преобладали лейомиомы с калькулезным холециститом (47,7% случаев) и грыжами различной локализации (33,6%). Патология придатков матки чаще всего сочеталась с аппендицитом (42,6%).

2. В структуре гинекологической патологии в когорте обследованных женщин преобладали опухоли матки (61,1 %), патология придатков матки (20,1 %), несостоятельность мышц тазового дна (10,7 %).

Хирургическая патология чаще всего была представлена калькулезным холециститом (47,7 %), грыжами различной локализации (33,6 %). Патология придатков матки сочеталась с аппендицитом (42,6 %), спаечной болезнью органов малого таза (14,9 %), гнойным процессом в малом тазу (17,0 %), эхинококкозом органов брюшной полости (6,4 %).

3. Главными критериями определения последовательности проведения одномоментных операций являются длительность проведения каждого оперативного пособия и наличие гнойно-воспалительного процесса: первая операция проводится на этапе, требующем меньших временных затрат, и на органах, не имеющих гнойно-воспалительных изменений.

4. Незначительное изменение продолжительности операции, отсутствие достоверной разницы в величине интраоперационной кровопотери, отсутствие различий в частоте послеоперационных осложнений и кратковременность пребывания в стационаре подтверждают возможность одномоментного оперативного лечения двух и более заболеваний.

5. Оценка одномоментных симультанных и сочетанных гинекологических операций по продолжительности оперативного вмешательства, средней кровопотере, частоте послеоперационных осложнений, срокам реабилитации, стоимости операции, срокам пребывания больных в стационаре и качества жизни после перенесенного оперативного вмешательства свидетельствует о высокой медицинской и экономической эффективности их проведения.

## **ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**

1. Всех больных, обращающихся по поводу заболеваний органов малого таза необходимо обследовать на наличие сопутствующей экстрагенитальной патологии, требующей хирургической коррекции.

2. Показания для проведения симультанных и сочетанных гинекологических операций: наличие 2-х и более заболеваний, требующих неотложного хирургического лечения; желание больной избавиться сразу от нескольких заболеваний в условиях одного анестезиологического пособия. Абсолютными показаниями для проведения симультанных операций следует считать случаи, когда отказ от двух и более операций может привести к смертельному исходу.

3. Противопоказанием для проведения нескольких операций следует считать только тяжелое состояние больных при наличии возможности отсрочки оперативного лечения сопутствующего вида патологии.

Проведение симультанных и сочетанных гинекологических операций возможно только в стационарах с наличием необходимого оборудования и высококвалифицированных специалистов, и владеющих технологией одномоментного хирургического лечения больных.

4. Для определения адаптивных возможностей организма перед оперативным вмешательством и в динамике следует шире внедрять метод оценки variability сердечного ритма.

5. Перидуральную анестезию следует считать методом выбора анестезиологического пособия из-за его высокообезболивающего эффекта, отсутствия осложнений и дешевизны.

6. С целью профилактики послеоперационных септических осложнений может использоваться метод озонотерапии в процессе операции и в послеоперационном периоде.

7. В случаях наличия острого воспалительного процесса для определения степени интоксикации следует использовать лейкоцитарный индекс.

### **СПИСОК НАУЧНЫХ РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ:**

1. Результаты хирургического лечения сочетанных заболеваний в гинекологии [Текст] / [А. К. Шаршенов, Э. А. Маматов, О. В. Лагутина и др.]. // Здоровоохранение Кыргызстана. - 2005. - № 1. - С. 120-121.

2. Лагутина, О.В. Эффективность симультанных операций в гинекологии [Текст] / О. В. Лагутина // Сотрудничество медиков России и Кыргызстана в период Великой Отечественной войны и в последующие годы: материалы Республиканской научно-практической конференции. - Бишкек, 2005. - Выпуск 5. - С. 425-429.

3. Лагутина, О. В. Одномоментные оперативные вмешательства при сочетанных заболеваниях в гинекологии [Текст] / О. В. Лагутина, А. К. Шаршенов, Э. А. Маматов // Материалы I съезда педиатров и детских хирургов Кыргызской Республики. - Бишкек, 2005. - С. 189-191.

4. Лагутина, О. В. Опыт проведения симультанных операций в гинекологической практике [Текст] / О. В. Лагутина, А. К. Шаршенов // Материалы VII съезда акушеров-гинекологов Казахстана. - Павлодар, 2006. - С. 222-223.

5. Лагутина, О. В. Существует ли этиопатогенетическая связь между фибромиомой матки и холециститом или роль пептидов воспаленного желчного пузыря в формировании фибромиомы матки? [Текст] / О. В. Лагутина, А. К. Шаршенов, И. А. Рачков // Мать и дитя: материалы VIII Всероссийского форума. - Москва, 2006. - С. 324-325.

6. Лагутина, О. В. Проведение одномоментного оперативного лечения больных с заболеваниями придатков матки в сочетании с желчнокаменной [Текст] / О. В. Лагутина // Хирургия Кыргызстана. - 2006. - № 3. - С. 109-112.

7. Лагутина, О. В. Современные тенденции в оказании хирургической помощи гинекологическим больным с сочетанной патологией (обзор) [Текст] /

О. В. Лагутина // Центрально-Азиатский медицинский журнал. - 2006. - Том XII, № 6. - С. 399-403.

8. Лагутина, О. В. Перидуральная анестезия – метод выбора при оперативном лечении гинекологических больных с сопутствующими заболеваниями [Текст] / О. В. Лагутина, А. К. Шаршенов, Э. А. Маматов. // Хирургия Кыргызстана. - 2007. - № 1. - С. 48-51.

9. Лагутина, О. В. Одномоментное оперативное лечение аппендицита и заболеваний гениталий у женщин [Текст] / О.В. Лагутина // Медицинские кадры XXI века. - 2007. - № 2. - С. 166-168.

10. Лагутина, О. В. Оптимизация оказания хирургической помощи гинекологическим больным с сочетанной патологией в условиях стационара краткосрочного пребывания [Текст] / О. В. Лагутина, А. К. Шаршенов // Акушерство, гинекология и перинатология. - Астана, 2007. - № 4. - С.71-74.

11. Лагутина, О. В. Медицинская эффективность оперативного лечения гинекологических больных с сочетанной патологией [Текст] / О. В. Лагутина, Д. К. Адамалиева // Здоровоохранение Кыргызстана. - 2008. - № 1. - С. 64-68.

12. Проведение симультанных и сочетанных операций у гинекологических больных с сопутствующей патологией [Текст] / [А. К. Шаршенов, С. Б. Назаралиева, О. В. Лагутина и др.]. //Здоровье матери и ребенка. – 2009. – Т. 1, Прил. 1. – С. 70-73.

13. Лагутина, О. В. Адаптивные возможности организма женщин с лейомиомой матки до и после оперативного вмешательства [Текст] / О. В. Лагутина, С. К. Осмонова // Здоровье матери и ребенка. - Бишкек, 2009. – Т. 1, Прил. 1. - С. 60-63.

**Лагутина Ольга Викторовнанын «Кыска мьньнткь ооруканага жаткырылган коштомо патологиясы бар гинекологиялык оорулууларды хирургиялык дарылоону оптимизациялоо» деген темада 14.01.01 – акушерство жана гинекология адистиги боюнча медицина илимдеринин кандидаты окумуштуулук даражасын изденип алуу \ч\н жазылган диссертациялык ишинин**

## **РЕЗЮМЕСИ**

**Негизги сөздөр:** Корутунду бир убакта жана коштолуп жасалуучу гинекологиялык операциялар, коштомо патология.

**Изилдөөнүн максаты:** Бир убакта жасалуучу гинекологиялык жана коштомо хирургиялык оорулууларды операциялык дарылоонун таасирдүү технологиясын иштеп чыгуу.

**Изилдөө ченемдери:** 480 гинекологиялык оорулуулар алардын ичинде 180 аялдарга коштомо операциялар жасалган (I топ), 200 аялдарга бир убакта гинекологиялык жана бөлөк операциялар өткөрүлгөн (II топ) жана 100 пациенткаларга жатынга операция жасалган (III топ – салыштырма).

**Изилдөө ыкмалары:** клинико-лаборатордук, гистологиялык, аялдардын жашоо сапатын операцияга чейин, хирургиялык кийлигишүүдөн 2-3, 6 жана 12

айдан кийин изилдеп, аялдын денесинин көнүү мүмкүнчүлүктөрүн операцияга чейин жана андан кийинки 3-4 суткаларда баалоо.

**Изилдөөнүн жыйынтыктары:** «КАМЭЖ» клиникасына 1998 жана 2006 ж.ж. аралыгында кайрылышкан операция жасалуучу гинекологиялык оорулардын 38,4 % учурларында коштомо хирургиялык оорулар жана 41,0 % учурларда - гинекологиялык оорулар жыныс мүчөлөрүнүн бөлөк тутумдарынан табылган, алар 2-3 этаптык коррекцияны талап кылган.

Бир убакта жасалуучу операциялардын коркунуч критерийлери, көрсөтмөлөрү жана каршы жактары аныкталып, операцияларды жасоонун ирээттери такталып, пациенткалардын жашоо сапаты, бир убакта жасалуучу хирургиялык операциялардын медициналык жана экономикалык таасирдүүлүгү изилденген.

Анестезиологдор менен бирдикте иштелип чыккан перидуралдык анестезиянын модификациясы, кан жоготууну азайтуучу ыкма, озонду операциялык дарылоонун жүрүшүндө жана операциядан кийинки мезгилде колдонуу, операциядан кийинки гинекологиялык жана хирургиялык коштомо оорулары бар пациенттердеги кабылдоолордун санын азайткан.

Бир убакты жана коштолун жасалуучу операциялардын биртике убакыттын узарыштарына да бир эле анестезиологиялык пособиени колдонуп өткөрүү, операциядан кийинки кабылдоолордун төмөнкү көрсөткүчүн, кайрадан операциялык кийлигишүүнүн зарылдыгынын жоктугуна, оорулуунун жашоо сапатын жакшыртууга, бир убакта операциялык дарылоону кыска мөөнөткө ооруканага жаткан аялдарга коштомо патологиясы бар гинекологиялык ооруларда колдонуунун жогорку таасирдүүлүгүн далилдеди.

**Колдонуу тармагы:** гинекологиялык жана хирургиялык ооруканалар, үйбүлөлүк врачтар топтору, үйбүлөлүк медицина борборлору.

## РЕЗЮМЕ

**диссертации Лагутиной Ольги Викторовны на тему: «Оптимизация хирургического лечения гинекологических больных с сочетанной патологией в стационарах краткосрочного пребывания» на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.00.01 – акушерство и гинекология**

**Ключевые слова:** симультанные и сочетанные гинекологические операции, сочетанная патология.

**Цель исследования:** Разработать эффективные технологии одномоментного оперативного лечения больных с сочетанной гинекологической и экстрагенитальной хирургической патологией.

**Объект исследования:** 480 гинекологических больных, из которых 180 женщин были подвергнуты симультанным операциям (I группа), 200 женщин перенесли сочетанные гинекологические операции (II группа) и 100 пациенток с операциями на матке (III группа – контрольная).

**Методы исследования:** клинико-лабораторные, гистологический, оценка качества жизни женщин до операции, после хирургического вмешательства через 2-3, 6 и 12 месяцев, оценка адаптивных возможностей организма женщин до операции и в первые 3-4 суток после нее.

**Результаты исследования:** установлено, что из числа обратившихся в клинику «КАМЭК» за период с 1998 по 2006 гг. гинекологических больных, подлежащих оперативному лечению, в 38,4 % случаев имелась сочетанная хирургическая патология и в 41,0 % случаев – гинекологические заболевания в различных отделах половой сферы, подлежащих 2-3-х этапной коррекции.

Определены критерии риска одномоментных вмешательств, показания и противопоказания, последовательность проведения операций, изучены качество жизни пациенток, медицинская и экономическая эффективность одномоментного проведения хирургических операций.

Доказано, что разработанная совместно с анестезиологами модификация перидуральной анестезии и метод снижения кровопотери, применение озона в динамике оперативного лечения и в послеоперационном периоде сводят до минимума число осложнений в послеоперационном периоде у больных с сочетанной гинекологической и хирургической патологией.

Установлено, что незначительное удлинение времени проведения симультанных и сочетанных операций в условиях одного анестезиологического пособия, низкий показатель послеоперационных осложнений, отсутствие необходимости повторного оперативного вмешательства, улучшение качества жизни, подтверждают высокую эффективность внедрения технологии одномоментного оперативного лечения женщин с сочетанной патологией в условиях кратковременного пребывания в стационаре.

**Область применения:** гинекологические и хирургические стационары, группы семейных врачей, центры семейной медицины.

## SUMMARY

**of Lagutina Olga Victorovna's dissertation on the theme «Optimisation of gynecological patients surgical treatment with combined pathology in the in-patient departments of short-term stay» to the scientific degree of candidate of medicine in speciality 14.01.01 – obstetrics and gynecology**

**Key words:** simultaneous and combined gynecological operations, combined pathology.

**Aim of investigation:** To work out effective technology of simultaneous operative treatment of patients with gynecological and extragenital surgical pathology.

**Object of investigation:** 480 gynecological patients, 180 of them were made simultaneous operations (I group), 200 of them were made combined gynecological operations (II group) and 100 of the patients with operations on uterus (III group - control).

**Methods of investigation:** Clinico-laboratory, histological, estimation of women life quality before operation, after operation in 2 – 3, 6 and 12 months, estimation of adaptive possibilities of women organism before operation and in 3 – 4 days after in.

**Results of investigation:** It is established that for the period from 1998 up to 2006 from the number of gynecological patients of the clinic «KAMEK» having been operated, in 38,4 % cases they have combined surgical pathology and in 41.0 % cases – they have gynecological operations in different parts of sexual sphere, which have been treated by the correction in 2 – 3 stages.

Criteria of risk of simultaneous operations, indications and contraindications, succession of making operations are defined, the patients life quality, medical and economical effectiveness of simultaneous operations are studied.

It is proved, that working out together the anesthetists modification of peridural anesthesia and method of blood loss, using of ozone in the dynamic of operation and operative period minimizes quantity of complications on the postoperative period of the patients with combined gynecological and surgical pathology.

It is established that a little increasing of time of the making simultaneous and combined operations in the condition of the anaesthetic manual, low index of postoperative complications, lack of repeated operation necessity, improving of the life span confirm high effectiveness of technology of simultaneous operative treatment of women with combined pathology in the conditions of short-term stay in the in-patient department.

**Field of using:** gynecological and surgical in-patient departments, group of family doctors, centres of family medicine.