

Оцінка ступеню ризику остеопоротичних ускладнень за шкалою FRAX дозволила виявити прямий сильний кореляційний зв'язок між ступенем розвитку клімактеричних розладів та прогнозованим ризиком великих остеопоротичних переломів у майбутні 10 років. Застосована терапія є засобом профілактики остеопоротичних ускладнень.

Висновки

Застосування комплексної терапії зменшує прояви клімактеричного синдрому, є безпечним, підвищує якість життя, є засобом профілактики остеопоротичних ускладнень.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Александрова Н. В.* Современные подходы к оценке овариального резерва у женщин с преждевременной недостаточностью яичников (обзор литературы) / Н. В. Александрова, Л. А. Марченко // Проблемы репродукции. — 2007. — № 2. — С. 25-28.
2. *Єфіменко О.О.* Обґрунтування принципів лікування клімактеричного синдрому у жінок з дисгормональними захворюваннями молочних залоз: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: 14.01.01 Акушерство і гінекологія / О.О. Єфіменко, - Київ, 2005. — 21 с.
3. *Жук С.І.* Оцінка особливостей психічного статусу жінки у перименопаузі / С.І.Жук, Т.Д. Мойсеєва, В.В.Марцинковська // Вісник наукових досліджень. — 2002.- № 3(28). — С. 109.
4. *Татарчук Т.Ф.* Эндокринная гинекология / Т.Ф. Татарчук, Я.П. Сольский. — К.: Заповіт, 2003. — 200 с.

УДК 618.1-089

СИМУЛЬТАННІ ОПЕРАЦІЇ В ХІРУРГІЧНІЙ ГІНЕКОЛОГІЇ

ДРОНОВА В.Л., ДРОНОВ О.І., КРЮЧИНА Є.А., ТЕСЛЮК Р.С.

БУРМІЧ К.С., НАСТАШЕНКО М.І., ЛУЦЕНКО О.В.

м.Київ

Наявність у багатьох пацієнток поєднаних гінекологічних та хірургічних екстрагенітальних захворювань, частота яких за даними ВООЗ становить 20-30%, ставить перед хірургами і гінекологами завдання про можливість одночасної корекції цієї патології. Підвищення ефективності лікування гінекологічних хворих, що потребують оперативного втручання, за наявності у них поєднаної хірургічної патології, досягається за рахунок виконання симультанних операцій [8,10,13]. Використання комбінованих операційних доступів (лапаротомного/лапароскопічного, гістероскопічного, вагінального тощо) в лікуванні хворих з поєднаними гінекологічними та хірургічними екстрагенітальними захворюваннями дозволяє усунути виявлену хірургічну патологію в рамках одного оперативного втручання, позбавляє від повторних операцій і пов'язаних з ними операційних і післяопераційних хірургічних та анестезіологічних ускладнень та емоційних навантажень; виключає виникнення в ранньому та віддаленому післяопераційному періоді загострення супутнього захворювання, підвищує якість життя хворих (фізична активність, психічний стан, рольове, соціальне і сексуальне функціонування) [9,12,14]. Наразі симультанні операції виконуються частіше як випадкові, і це найбільш поширено при ургентній гінекологічній патології. При цьому залишається достатньо високою частота післяопераційних ускладнень, крім того, організаційно багато гінекологічних відділень розташовані в акушерських

стаціонарах, без хірургічних відділень, і не готові до виконання хірургічних втручань. Багато проблем, пов'язаних з виконанням симультанних і комбінованих операцій у плановій гінекології, також продовжують залишатися невирішеними. До них належать питання, пов'язані з класифікацією симультанних хірургічних втручань, визначенням показів і протипоказів до них, ранньою діагностикою поєднаних захворювань на доопераційному етапі, вибором оперативного доступу, методики та обсягу операції, послідовністю виконання основного і симультанного етапів, оцінкою операційно-анестезіологічного ризику, особливостями постагресивних реакцій в післяопераційному періоді, веденням післяопераційного періоду у цієї категорії хворих, а також соціально-економічною ефективністю поєднаних оперативних втручань. [1,11,15,16].

Використання лапароскопічних технологій значно знижує травматичність хірургічного втручання, що дозволяє розширити обсяг оперативних втручань у хворих гінекологічного профілю до 2-3 симультанних операцій без істотної шкоди для здоров'я пацієнта. Згідно з дослідженнями Д.О. Запорожцева [4] планові симультанні операції у гінекологічних хворих показані при наявності у них поєднаної патології, що вимагає хірургічної корекції, якщо початковий стан пацієнток не перевищує 2E класу ризику анестезіологічної допомоги за класифікацією ASA. С.В. Галлямовою і співавторами [3] розроблена шкала і алгоритм визначення операційно-анестезіологічного ризику симультанного ендохірургічного втручання, які включають бальну оцінку від 3,5 до 10,5 балів, що розраховуються з урахуванням оцінки характеру і травматичності кожного етапу втручання (за М.М. Малиновським) і ступеня тяжкості соматичного стану хворого за класифікацією ASA. Виконання симультанного ендохірургічного втручання при бальній оцінці операційно-анестезіологічного ризику до 7,5 балів пов'язане з найменшим числом ускладнень анестезіологічного забезпечення, а при оцінці, що перевищує 8 балів – із збільшенням числа ускладнень анестезіологічного забезпечення і вимагає обмеження кількості та складності етапів операцій, зниження ступеня хірургічної агресії, скорочення (до 4 годин) тривалості періоду підтримки карбоксиперитонеуму або використання мануально-асистованої техніки з обов'язковим зниженням (до 8 мм.рт.ст.) рівня внутрішньочеревного тиску. Використання розроблених шкали і алгоритму операційно-анестезіологічного ризику в передопераційній оцінці стану хворих дозволило авторам скоротити число ускладнень анестезіологічного забезпечення при виконанні складних симультанних ендохірургічних втручань з 47,3 % до 10 %. За даними А. Аль Бікан Рамі [2] оцінка тяжкості функціонального стану пацієнтів з поєднаними хірургічними абдомінальними захворюваннями за шкалою по P - POSSUM є об'єктивним критерієм визначення ступеня ризику симультанних оперативних втручань: у пацієнтів з показниками тяжкості фізіологічного стану понад 21 балів, а тяжкості оперативного втручання понад 23 балів за шкалою P - POSSUM симультанні операції супроводжуються великою кількістю ускладнень і значним ризиком летального результату. Цим пацієнтам показані етапні операції. У разі, якщо показники тяжкості фізіологічного стану менше 20 балів, а тяжкість оперативного втручання нижче 17 балів за шкалою P-POSSUM, ймовірність летального результату наближається до нульової оцінки, цим пацієнтам показано виконання симультанних операцій. А.В.Колигіним [5] показано, що з метою поліпшення результатів лікування у хворих з майбутньою поєднаною операцією необхідно звертати увагу на фактори, що достовірно погіршують результати хірургічного втручання. На доопераційному етапі – це вік хворого (старше 60 років), наявність операцій в анамнезі, фізичний статус по ASA (3 і 4), ступінь ризику по МНОАР (значна і висока), показники спірометрії (життєва ємкість легень менше 90% від норми) і рівня білка крові (менше 60 г/л), наявність супутніх захворювань (більше 3); на інтраопераційному – тривалість операції понад 200 хвилин і крововтрата більше 500 мл. При виявленні у хворого до 2 сприяючих чинників частота розвитку ускладнень становить 3,8 %, за наявності від 3 до 5 факторів – 16,2 %, при 6-8 – частота ускладнень збільшується до 32,5%, якщо хворий має від 9 до 11 факторів, то ускладнення розвиваються практично у всіх пацієнтів. Тому за наявності у хворого від 6 до 8 певних чинників рішення про можливість проведення поєднаної операції повинно прийматися колегіально. При наявності у хворого більше 9 сприяючих чинників від поєднаної операції доцільно утриматися.

Матеріали і методи дослідження

В основу дослідження покладений аналіз обстеження і лікування пацієнток, які перенесли різні варіанти оперативних втручань з приводу ізольованої та поєднаної гінекологічної та хірургічної патології у відділенні оперативної гінекології ДУ ІПАГ НАМН України та на кафедрі загальної хірургії № 1 Національного медичного університету імені О.О.Богомольця (Київська міська клінічна лікарня №10) за період 2003 – 2013 рр. Пацієнтки були обстежені за допомогою комплексу найбільш інформативних клініко-лабораторних, інструментальних та морфологічних досліджень (обсяг обстеження визначався формою захворювання та задачею дослідження). Всім пацієнткам виконували стандартні лабораторні дослідження (загальний аналіз сечі, загальний аналіз крові з формулою, біохімічний аналіз крові – білірубін, АЛТ, АСТ, лужна фосфатаза, сечовина, креатинін, білок та білкові фракції, натрій калій, хлор, амілаза, коагулограму), вибірково - іонізований кальцій, загальний кальцій, магній, фосфор неорганічний, цинк, залізо, холінестеразу, трансферін сироватки крові, 25-гідроксівітамін D, 1,25-дігідроксівітамін D, паратгормон, пухлинні маркери сироватки крові. Концентрацію глюкози в цільній капілярній та венозній крові визначали глюкозооксидазним методом. Знижене живлення визначали при ІМТ < 18,5 кг/м², достатнє – при ІМТ – 18,6-24,9 кг/м², надлишкове – при ІМТ 25-29,9 кг/м². Ультрасонографія виконувалась в В-режимі апаратом Logiq 100 MP, «Acuson XP 128-10m» фірми General Electric (США) з мультичастотним датчиком 3,5 МГц та лінійним датчиком 7,5 МГц, за необхідністю було використане дуплексне сканування в режимах кольорового дуплексного картування, енергії відображеного доплерівського сигналу та імпульсної доплерографії, інтраопераційний УЗ-моніторинг, пункційні та катетеро-дренуючі втручання під контролем УЗ дослідження. Також УЗД виконували за допомогою апарату Siemens G40 виробництва Medical incorp (USA). Фіброезофагогастроуденоскопія та ЕРПХГ виконувалися фіброгастроуденоскопом Fujinon PS2-HS, Японія. До 2005 р. КТ виконували на рентгенівському комп'ютерному томографі «SeleCT SP» виробництва фірми «PICKER», що був встановлений в 2000 році (сканер «SeleCT SP» (v 2.91) виробництва «PICKER»), робоча станція «Silicon Graphics» (використовується RISC-мікропроцесор), операційна система O2, версія IRIX 6.3, система передачі зображень – програма «eFilm Work Station» (v 1.9), виробник – Merge Health Care). Після 2005 р. виконували МСКТ на апараті SOMATOM Sensation 40 SLICE. Перед дослідженням виконували пероральне заповнення шлунка, ДПК та проксимальних відділів тонкої кишки 600-800 мл води для забезпечення негативного контрастування. Цей методичний прийом важливий для визначення стану стінки шлунка та тонкої кишки, що особливо проявляється на фоні введення контрастної речовини, а також наступних реконструкцій зображень. Стандартне сканування проводили в краніо-каудальному напрямку з товщиною зрізу 5 мм і шагом реконструкції 4 мм. Потім, за допомогою автоматичного інжектора, з швидкістю 3,5 мл/с внутрішньовенно вводили контрастну речовину – «Омніпак» чи «Ультравіст» з концентрацією йоду 350 мг/мл з розрахунку 1 мл на 1 кг маси тіла хворого. Артеріопаренхіматозна фаза сканування виконувалася на 30-й секунді, портална – на 65-й-75-й с. після початку ін'єкції контрасту, відстрочена – на 4-6-й хвилині. Наступна обробка даних КТ містила обов'язкову побудову багатоплощинних (реконструкція зображень в інших, ніж аксіальна, площинах) і об'ємних (3D – тривимірних) реформацій на основі зображень, отриманих як в артеріальну, так і в порталну фазу. МРТ виконували на апараті MAGNETOM Avanto 1,5 T чи 1,5 MPT системі EXELART Vantage XGV виробництва Toshiba Medical System Corporation. Протокол дослідження містив виконання послідовності T1 FFE ВИ з подавленням жиру, на затримці дихання протягом 30 с, що проводилася в два етапи по 15 с кожний, послідовностей T2 TSE, T2 SPIR (з подавленням жиру), MRSP3D ВИ з синхронізацією дихання. У 43 хворих також була застосована методика дифузійно-завислої МРТ. Кольпоскопія виконувалася за допомогою кольпоскопу OCS-500, виробництва Medicalsystemcorp. Japan, 2010 р.

Для оцінки структури кісткової тканини застосовували двофотонну рентгенівську абсорбціометрію (Lunar DPX21200). Досліджували поперековий відділ хребта та шийку правого стегна. Оцінка мінеральної щільності кісткової тканини проводилася з використанням T та Z критеріїв. Діагностику остеопоротичних змін у кістковій тканині здійснювали згідно критеріям ВООЗ (1994): пацієнтки з нормальною кістковою масою мали T-критерій від

0 до $-1SD$, з остеопенією – від -1 до $-2,5SD$, з остеопорозом – менше $-2,5SD$. Якість життя хворих визначали за допомогою російської версії опитувальника MOS-SF-36 (Medical Outcomes Study Short Form-36 – дослідження медичних результатів – SF-36) (Ware J.E., 1992). Якість життя хворих оцінювали методом інтерв'ю. Дослідження проводили через 1, 3, 6 міс, 1 та 3 роки після операції. Вибір термінів отримання відповідної інформації визначався строками медико-соціальної реабілітації. Ступінь больового синдрому оцінювали за візуальною аналоговою шкалою. Морфологічні дослідження містили гістологічні, гістохімічні та імуногістохімічні дослідження. Повна інформація щодо кожної хворої, який був залучений до дослідження, зібрана в електронній базі даних. Статистичний аналіз проводили за допомогою програми STATISTICA v7.0. Порівняльний аналіз за якісними ознаками проведений з використанням критерію 2 з поправкою Йейтса чи точного критерію Фішера. Описова статистика містила розрахунок медіани, мінімального і максимального значення ознак. Різниця між ознаками вважалася статистично достовірною при значеннях $p < 0,05$. Аналіз очікуваного (актуаріального) виживання проводили моментним методом Каплан-Мейера, оскільки ряд хворих з основної групи ще не досягли п'ятирічного терміну з моменту операції.

Результати дослідження та їх обговорення

На базі проведених досліджень нами була вдосконалена класифікація симультанних, комбінованих та розширених оперативних втручань в гінекології.

I. Терміни

1. Симультанна операція - хірургічне втручання, одночасно проведене на двох або більше органах, з приводу етіологічно не пов'язаних між собою захворювань.
2. Етапна симультанна операція – втручання, яке виконується у пацієнтки під час однієї госпіталізації, з використанням різних хірургічних доступів при високому хірургічному, анестезіологічному ризику чи ризику розвитку інфекційних ускладнень.
3. Комбінована операція – виконання двох або більше самостійних операцій з приводу різних проявів одного захворювання.
4. Розширена операція – втручання, при якому збільшення стандартного обсягу обумовлено поширенням захворювання (зокрема, проростання пухлини, ендометріоз) на сусідні органи.

II. Строки виконання

Екстрені та планові втручання.

III. Етапи

Основний та супутній.

IV. Покази до виконання

Абсолютні, превентивні, діагностичні та вимушені.

V. Методи виконання

Одномоментно-синхронна операція – виконується одночасно кількома хірургічними бригадами при значній відстані один від одного анатомічних зон, які потребують хірургічної корекції.

Одномоментно-послідовна операція – виконується послідовно однією або декількома бригадами в одній анатомічній області.

VI. Хірургічні доступи

Лапаротомні, лапароскопічні (стандартні, з мігруючим портом, однопортові, в тому числі з вдосконаленою методикою трансвагінального вилучення препаратів, що зменшує ризик інфекційних ускладнень і утворення гриж в ділянці проколів черевної стінки, поліпшує косметичний результат операції), трансвагінальні, гістероскопічні, ендоскопічні, комбіновані.

VII. За ступенем складності

1. Технічний (I-III)
2. Анестезіологічний (I-IV).

Запропонована нами класифікація симультанних операцій поєднує 3 рівні технічної та шість рівнів анестезіологічної (за ASA) складності втручання. При I та II ступеню складності основного і супутнього етапів при I-II ступеню анестезіологічного ризику симультанна операція рекомендована (частота ускладнень за даними наших досліджень складає 2,7% - за класифікацією Claivenetal (1992) I-II, летальність – 0%), при поєднанні III і I-II рівню технічної складності при II ступеню анестезіологічного ризику – можлива (частота ускладнень – 6,9%, летальність – 0%), якщо обидва етапи відповідають III рівні технічної складності при III та вищим рівням ступенів анестезіологічного ризику симультанна операція протипоказана (частота ускладнень – 12,1%, летальність – 2,1%). При виконанні симультанних оперативних втручань у онкогінекологічних хворих також враховуємо радикальність оперативного втручання, наявність попередньої хіміо-, радіо- та таргентної терапії. При аналізі результатів оперативних симультанних втручань у жінок понад 70 років при врахуванні вищевказаних критеріїв суттєвого збільшення частоти ускладнень та летальності не виявлено, тому вік хворої не вважаємо протипоказом до виконання поєднаних операцій.

Визначення основного і супровідного захворювань, ступеню інфікування (чисті, умовно-чисті, контаміновані, брудні, за P. Cruse) обумовлює послідовність виконання етапів операції.

Результати розпочатих комплексних досліджень (лабораторних, інструментальних) об'єктивно свідчать про те, що травматичність симультанних операцій з використанням комбінованих доступів істотно не відрізняється від травматичності втручання, здійснених з приводу одного захворювання. Виконання симультанних операцій дозволяє водночас лікувати хвору від двох і більше поєднаних захворювань, виключає ризик можливих загострень або ускладнень супровідної патології в післяопераційному періоді, позбавляє від повторної операції та пов'язаних з нею можливих ускладнень.

Висновки

1. Для виявлення симультанних гінекологічних та хірургічних екстрагенітальних захворювань, верифікації супутньої патології та ступеню її важкості необхідно враховувати клінічні дані і застосовувати сучасні методи досліджень: лабораторні, УЗД, рентгенологічні (в тому числі МСКТ з болюсним контрастним підсиленням), ендоскопічні, МРТ, ПЕТ, радіоізотопні, морфологічні (стандартні, гістохімічні, імуногістохімічні, молекулярно-біологічні), за необхідністю – консультація суміжних спеціалістів (невропатолога, ендокринолога тощо).
2. Симультанні операції у гінекологічних (в тому числі - онкогінекологічних) хворих, для досягнення медичної ефективності, доцільності та безпечності і соціально-економічної ефективності, повинні виконуватися з урахуванням показань, протипоказань, ступеню хірургічного та анестезіологічного ризику, радикальності операцій у онкогінекологічних хворих, попередньої хіміо-, радіо- та тангентної терапії, кваліфікації оперуючого хірурга та можливостей анестезіологічного та реанімаційного забезпечення.

ЛІТЕРАТУРА

1. Адамян Л.В. Сочетанные операции в гинекологии: вопросы классификации и методологического подхода / Л.В.Адамян, А.Х.Гайдарова, А.В.Панин // В кн.: Лапароскопия и гистероскопия в акушерстве и гинекологии /Под ред. В.И. Кулакова, Адамян Л.В. М., 2002. – С.422-428.
2. Аль Бикай Рами А.А. Оценка результатов симультанных абдоминальных операций: дис...кандидата мед.наук: 14.00.27 / Аль Бикай Рами Абдель Азиз. – Ярославль, 2009.– 109 с.

3. Галлямова С.В. Прогнозирование безопасности анестезиологического обеспечения при выполнении сложных сочетанных эндохирургических вмешательств / С.В. Галлямова, В.Г. Ширинский, Э.А. Галлямов, О.Э. Луцевич, И.Г. Бобринская, М.П. Толстых // Эндокопическая хирургия. – 2008. – № 1. – С.30-35.
4. Запорожцев Д.А. Лапароскопические операции в гинекологии / Д.А.Запорожцев // Малоинвазивная медицина / Под ред. А.С. Бронштейна – М.: МНПИ, 1998. – С.160-173.
5. Колыгин А.В. Оценка эффективности и определение факторов риска сочетанных операций: дис... канд. мед. наук. 14.01.17/ Колыгин Алексей Вадимович. – М., 2012. – 122 с.
6. Лебедева Е.А. Симультаные лапароскопические холецистэктомии и гинекологические операции при сочетанной патологии желчного пузыря и органов малого таза: дис... канд. мед. наук. 14.01.17/ Лебедева Екатерина Андреевна. – М., 2010. – 123 с.
7. Луцевич О.Э. Оценка травматичности симультаных лапароскопических вмешательств / О.Э.Луцевич, С.А.Гордеев, Д.А.Запорожцев, Ю.А.Прохоров, Л.И.Винницкий // Эндокопическая хирургия. – 2005. – № 2. – С.25-29.
8. Майстренко Н.А. Симультаные эндовидеохирургические вмешательства при заболеваниях матки и придатков, сочетающихся с неосложнёнными формами желчно-каменной болезни / Н.А.Майстренко, И.В.Берлев, А.С.Басос, С.Ф.Басос // Журнал акушерства и женских болезней. – 2008. – Т.LVII. – вып. 3. – С. 18-23.
9. 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.
10. Пучков К.В. Симультаные лапароскопические оперативные вмешательства в хирургии и гинекологии: монография / Пучков К.В., Баков В.С., Иванов В.В. – М.: ИД МЕДПРАКТИКА. – М., 2005. – 168 с.
11. Федоров А.В. Одномоментные операции. Терминология (обзор литературы и собственное предложение) / А.В.Федоров, А.Г.Кригер, А.В.Колыгин, А.В.Кочатков // Хирургия. – 2011. – № 7. – С.72-76.
12. Voccasanta P. Prospective clinical and functional results of combined rectal and urogynecologic surgery in complex pelvic floor disorders / P.Voccasanta, M.Venturi, M.Spennacchio et al. // Am. J. Surg. – 2010.- Vol.199, N.2. – P.144-153.
13. Hardy J.E. The safety of pelvic surgery in the morbidly obese with and without combined panniculectomy: a comparison of results / J.E.Hardy, C.J.Salgado, M.S.Matthews // Ann. Plast. Surg. – 2008.- Vol.60, N.1. – P.10-13.
14. Hart S. Laparoendoscopic single-site combined cholecystectomy and hysterectomy / S.Hart, S.Ross, A.Rosemurgy // J. Minim. Invasive Gynecol. – 2010.- Vol.17.,N.6. – P.798-801.
15. Kryger Z.B. Safety issues in combined gynecologic and plastic surgical procedures / Z.B.Kryger, G.A.Dumanian, M.A.Howard // Int. J. Gynecol. Obstet. – 2007.-Vol.99, N3. – P.257-263.
16. Sinno S. Assessing the safety and efficacy of combined abdominoplasty and gynecologic surgery / S.Sinno, S.Shah, K.Kenton et al. // Ann. Plast. Surg. – 2011.-Vol.67, No.3. – P.272-274.