

E. A. MINGALEVA

DYNAMICS OF PARAMETERS OF QUALITY OF LIFE AT THE PATIENTS IN PROCESS ORTHOPEDIC OF TREATMENT

One of the basic directions of researches in stomatology is the establishment of possible interrelation between pathology of a cavity of a mouth and system diseases organism. The purpose of our work was definition of parameters of quality of life stomatology of the patients before and after orthopedic of treatment. One of universal questionnaires used at a rating of quality of life at the patients stomatology of a structure, is the questionnaire SF-36.

Has appeared, that the poor quality of life takes place at stomatology of the patients. After final orthopedic of treatment the quality of life comes nearer to quality of life of the healthy people. But at the expense of subjectivity, the quality of life not always reflects efficiency of treatment. It is demonstrated also by the facts of our research – lot of parameters of quality of life, such as: the physical functioning, role physical functioning, general health, total changes of physical health, viability, social functioning, total changes of psychological health at the healthy man and at the patient after final stomatology of treatment is authentic do not differ.

H. B. МИНГАЛЕВА

АНАЛИЗ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ОПЕРАТИВНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ В ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ОТДЕЛЕНИЯХ КРАЯ

*Кафедра акушерства и гинекологии ФПК и ППС
Кубанского государственного медицинского университета*

В Краснодарском крае оперативное лечение гинекологических заболеваний оказывается в гинекологических отделениях (ГО) различного уровня – от участковых больниц и ЦРБ до отделения 4-го уровня. Оно производится по строгим показаниям, учитывая тяжесть заболевания, клиническую картину, распространенность процесса, отсутствие эффекта от консервативной терапии, необходимость экстренного вмешательства и другое (Кулаков В. И. и соавт., 1999). Объем оперативного лечения различен на различных уровнях оказания гинекологической помощи, что зависит от нахождения его в структуре стационара соответствующего уровня, ККБ и края в целом.

Цель исследования – изучить структуру и динамику применения оперативных методов лечения в гинекологических стационарах по подчинению в Краснодарском крае с 1997 года по 2005 год.

Материалы и методы

Для исследования были использованы данные «Паспортов акушерско-гинекологической службы городов, районов Краснодарского края», находящихся в краевом оргметодотделе, отчеты гинекологических отделений, карты стационарного больного и карты вышедшего из стационара, официальные статистические данные. В исследование были включены все малые и большие гинекологические операции. При анализе учитывались только стационары по подчинению без учета ГО по территории и без учета работы частных клиник, т. к. нас интересовали не столько абсолютные значения, сколько динамика и расчет показателей. Данные об оперативных вмешательствах по территориям заносились в сводные таблицы «Паспорта» для анализа по единому в крае стандарту:

ростков (15–17 лет включительно); операций у детей до 14 лет;

- экстренных операций; плановых операций;
- выскабливание матки (кроме аборта), всего; в том числе под контролем гистероскопии; выскабливание у взрослых (18 лет и старше); выскабливание у подростков (15–17 лет); выскабливание у детей до 14 лет;

- всего полостных операций; в т. ч. экстирпаций матки, надвлагалищных ампутаций, консервативных миомэктомий;

- операций на придатках всего; в т. ч. радикальные; органосохраняющие; другие;

- малое кесарево сечение;

- диагностические лапаротомии;

- релапаротомии;

- операции стерилизации при лапаротомии всего, в т. ч. самостоятельные и сопутствующие;

- операции влагалищным доступом всего; в т. ч. пластические операции, влагалищные экстирпации, влагалищные экстирпации без пластики; другие;

- эндоскопические операции, всего;

- всего лапароскопических операций; в т. ч. диагностических, хирургических;

- объем операции (при лапароскопии):

- а) экстирпаций матки,

- б) надвлагалищных ампутаций,

- в) консервативных миомэктомий,

- г) операций на придатках всего, в т. ч. радикальных, органосохраняющих, других, из них по поводу гнойных tuboовариальных образований;

- д) операций стерилизации (при лапароскопии), в т. ч. самостоятельные, сопутствующие стерилизации;

- всего операций на женских половых органах, операций у взрослых (18 лет и старше); операций у под-

- операций под контролем гистероскопии всего, в т. ч. операции (под контролем гистероскопии):

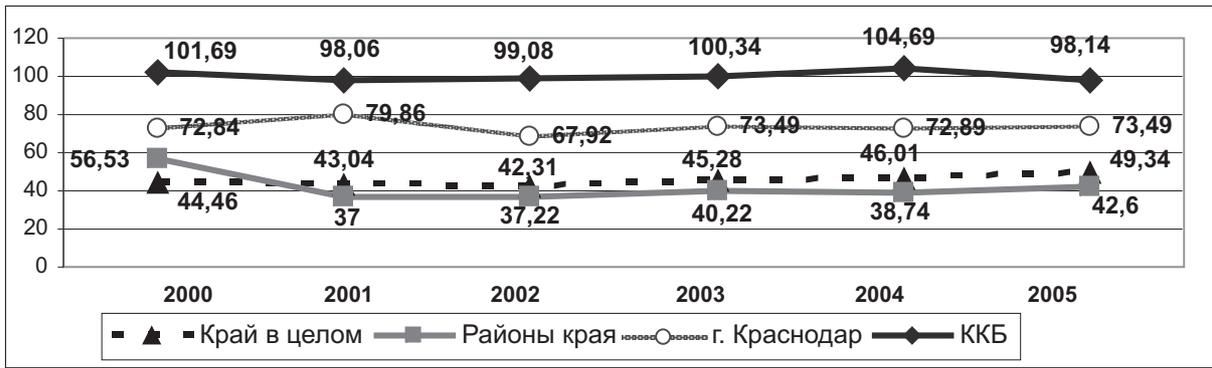


Рис. 1. Отношение числа операций к пролеченным больным в ГО в крае

- а) удаление узла,
- б) абляция эндометрия,
- в) другое;

- прочие операции всего, в том числе конизация шейки матки;
- операции стерилизации всего, самостоятельные операции, сопутствующая операция стерилизации;
- операции экстирпации, всего;
- гистероскопии, всего, в том числе гистероскопии без выскабливания матки;
- хирургическая активность.

Результаты и обсуждение

В крае в целом (без учета ГО по территории и частных клиник, которые стали активно работать в последние годы) остается стабильным показатель отношения числа всех оперативных вмешательств к пролеченным в гинекологических отделениях больным (рис. 1) – 44,46% в 2000 году, 46,01% в 2004 г. и 49,34 в 2005 г. (57 695 операций, что соответствует 21,12 на 1000 женского населения края), т. е. практически половина больных подвергается в ГО различного по степени сложности оперативному лечению.

Сравнивая показатель по территориям (исключая краевой центр – ГО г. Краснодара и краевой клинической больницы – ККБ), выявили, что в районах края отношение числа оперативных вмешательств к пролеченным больным значительно меньше. В районах этот показатель в 2000 году составлял 37%. Затем показатель находился на этом достаточно

стабильном уровне (37,22% – 40,22% – 38,74%) несколько лет, достигнув в 2005 году 42,6%. Высока и стабильна доля оперативных вмешательств в ГО по подчинению Краснодара (72,84% в 2000 г., 67,92% в 2002 г., 73,49% в 2005 году). Разница между районами и Краснодаром в 2004 году составила 34,15%, в 2005 г. – 30,89%. Такой высокий показатель объясняется значительной концентрацией больных в краевом центре, в том числе направляемых врачами из территорий края.

Наибольшая доля операций среди лечившихся в стационаре приходится на отделение четвертого уровня (краевая клиническая больница).

Это говорит о том, что практически всем женщинам, поступающим в это отделение, проводится то или иное оперативное вмешательство либо их производили несколько в одну госпитализацию (например, лечебно-диагностическое выскабливание матки с последующей полостной или влагалищной операцией). Одной из важных проблем является правильное распределение больных по степеням риска оперативного вмешательства на различные уровни оказания помощи, т. е. соблюдение этапности ее оказания.

Максимальное число операций в крае зарегистрировано в 2005 году (57 695), но в структуре пролечившихся больных максимальную долю оперативные вмешательства занимали в 1999 году – 58,89% (в сравнении с 2003 годом – 45,28%). Показатель операций из расчета на 1000 женского населения края является за последние годы стабильным (рис. 2) и не имеет большого разброса (19,94% – 20,71% – 20,46% и 21,12%). Основную долю (60,74% в 1997 г., 55,5% в 2005 г.,



Рис. 2. Всего операций на 1000 женского населения в 1997–2005 годах

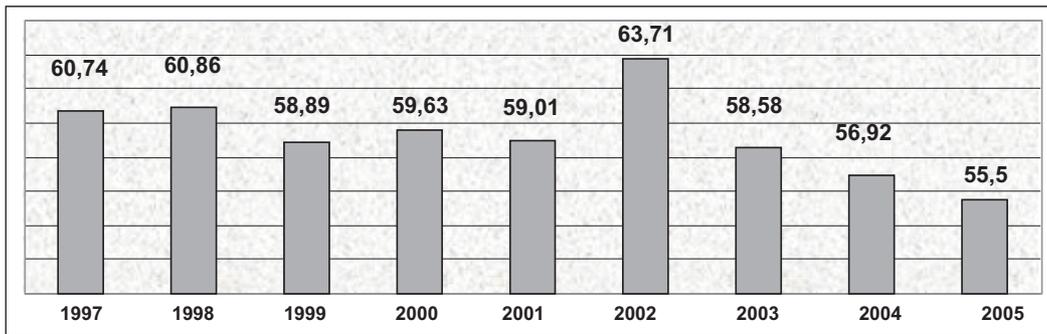


Рис. 3. Выскабливания матки среди всех гин. операций в 1997–2005 гг. (%)

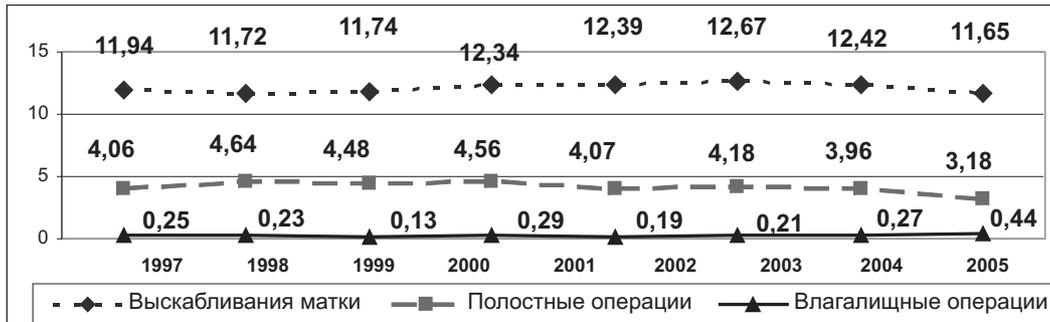


Рис. 4. Число гинекологических операций на 1000 женского населения края

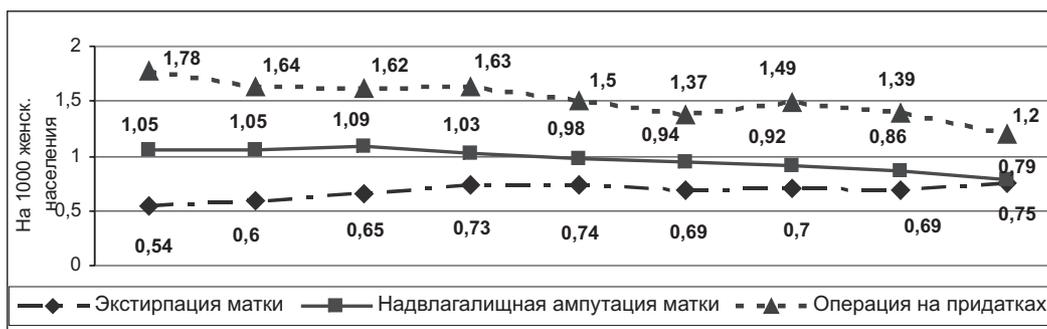


Рис. 5. Некоторые виды полостных операций на 1000 женского населения края

с небольшим подъемом в 2002 году – до 63,71%) среди оперативных вмешательств в крае в целом составляют такие малые операции, как выскабливания матки (рис. 3), произведенные с лечебной и диагностической целью. Абсолютное число выскабливаний в динамике остается практически стабильным (11,94%, 11,65%, 11,72% на 1000 женщин).

В районах края среди операций основная доля также принадлежит выскабливаниям матки с достаточно стабильным уровнем: 63,62% в 1997 г., 64,68% в 2004 г. и 62,09% в 2005 году. Наибольшую долю среди всех операций эта малая операция занимала в 2001 году (72,58%) в сравнении с полостными и пластическими операциями, которые составляли соответственно 24,63% и 0,87% в структуре всех оперативных вмешательств в лечебных учреждениях по подчинению. По-прежнему с соблюдением дизайна исследования остаются на стабильных цифрах (от 11,94% в 1997 г. до 11,65% в 2005 г. на 1000 женщин) показатели выскабливаний матки (рис. 4), операции влагалищным доступом не превышают 0,44% на 1000 женского населения, полостные операции (с небольшой тенденцией в 2004 году к уменьшению с 4,06% в 1997 году до

3,18% в 2005 г. в связи с более широким применением операций лапароскопическим доступом).

По данным «Паспортов» изучена структура полостных гинекологических операций, произведенных с помощью лапаротомии (рис. 5).

При сопоставлении числа различных видов оперативного вмешательства при полостной гинекологической хирургии на 1000 женского населения с 1997 года отмечен стабильный уровень операций на придатках с небольшой тенденцией к уменьшению (1,78% – 1,36% – 1,2%) в связи с все возрастающей возможностью оперировать основной объем операций на придатках с помощью эндоскопической техники. Субтотальная гистерэктомия (1,05% в 1997 г., 0,98% в 2001 г., 0,79% в 2005 г.) – с тенденцией к уменьшению в связи с утяжелением в последние годы патологии гениталей, наблюдается небольшой рост числа тотальных гистерэктомий (0,54% в 1997 г., 0,74% – в 2001 г. и 0,75% в 2005 г.).

Плановость и экстренность помощи также определяются клиникой и тяжестью гинекологической патологии, которая в 2005 году в 52,21% случаев (рис. 6) потребовала плановой помощи, в 47,79% – экстренной.



Рис. 6. Соотношение плановых и экстренных оперативных вмешательств

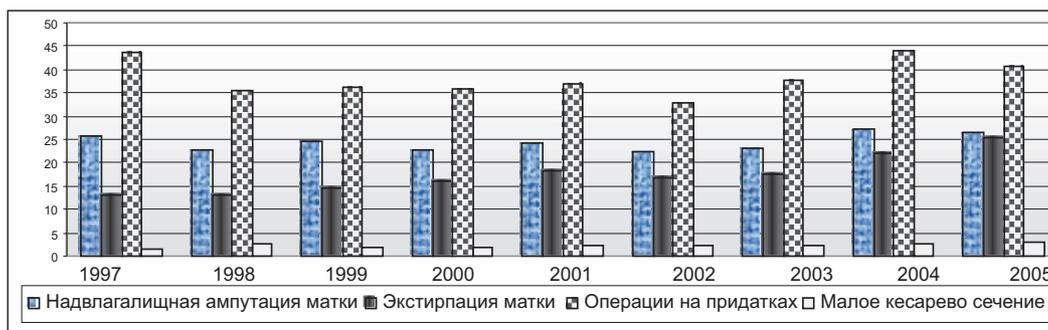


Рис. 7. Доля операций среди полостных (лапаротомия) вмешательств в ГО

Анализируя объем оперативного лечения при полостных операциях в целом в крае, выявили (рис. 7), что существенная доля принадлежит операциям на придатках (с 43,79% до 43,95%), на втором месте, конкурируя между собой, в структуре операций субтотальная (28,5% – 27,13%) и тотальная гистерэктомия, с небольшой тенденцией к росту (13,17% – 25,37% в 2005 году) в структуре полостных операций.

В районах края основная доля оперативных вмешательств при лапаротомии принадлежит операциям на придатках (от 44,61% в 1997 г., с минимальным уровнем в 2002 году – 32,79%, в 2004 г. – 50,72%).

Тотальные и субтотальные гистерэктомии занимают меньшую долю – 9,45% и 24,41% в 1997 г., соответственно 16,44% и 25,78% в 2004 г. и 26,58% и 25,37% в 2005 году. Число тотальных гистерэктомий в связи с тяжестью патологии у женщин в районах возрастает (с 1997 года на 6,99%), с увеличением в 2005 году до 19,93%. Число субтотальных гистерэктомий остается практически без изменений (на 1,37% за указанный период).

В г. Краснодаре удельный вес эндоскопических операций значительно выше (0,99% в 1998 г. в районах в сравнении с 19,2% в Краснодаре, без учета ККБ). В 2003 г. показатель в территориях составил 2,57% в сравнении с 23,38% в краевом центре и в 2005 г. 2,39% и 26,2% соответственно. Выскабливания матки в краевом центре занимают в структуре всех операций значительно меньшую долю, чем в территориях (в 2005 г. – 41,2%), и все проводятся под контролем гистероскопии. В структуре полостных операций это в основном субтотальные гистерэктомии (41,3% в сравнении с 25,75% в районах края). Экстирпации матки произведены в территориях в 19,9% в отличие от 29,0% в Краснодаре.

Таким образом, на различных уровнях оказания помощи доля объемов оперативного лечения существ-

венно отличается. Так, в районах края в 2005 году первое место занимают выскабливания матки (55,0%), второе – полостные операции – лапаротомии (14,0%) и третье место – операции влагалищным доступом (1,36%). В отделениях г. Краснодара удельный вес выскабливаний матки снижается с 51,85% до 41,2%. Доля полостных операций также несколько ниже – 9,2% в 2004 г. (в 1997 году удельный вес полостных операций был в 2 раза выше и составлял 18,88%) в связи с более широким применением эндоскопических операций. В районах края доля полостных вмешательств практически не меняется – в 1997 году 22,75%, в 2000 г. – 22,37%, в 2004 г. – 17,57% и в 2005 г. – 14,0%, в связи с более широким применением эндоскопических операций.

Выявлена более высокая доля операций влагалищным доступом в Краснодаре: в 1998 г. – 1,54%, в 2001 г. – 2,74%, в 2005 г. – 3,49% по сравнению с долей этих операций в территориях: 1,38% – 2,39%. Таким образом, в краевом центре характер оперативного лечения отличается от территорий края более сложным объемом с применением современных технологий. При сравнении хирургической помощи в отделении 4-го уровня (рис. 8) выявлена приближающаяся к городскому показателю доля выскабливаний – 38,42% в 2004 г. и 37,87% в 2005 г.

Показатель частоты полостных операций (лапаротомии) существенно выше общегородских, что объясняется необходимостью лапаротомии у тяжелых больных, доставляемых из края санитарной авиацией или поступающих в плановом порядке: 20,98% в 2004 г. и 19,51% в 2005 г.

Доля влагалищных операций существенно выше – до 15,9% с высокой долей slingовых операций, влагалищных гистерэктомий с опущением и без опущения стенок влагалища. При сравнении объемов полостных операций (лапаротомии) выявлено существенное

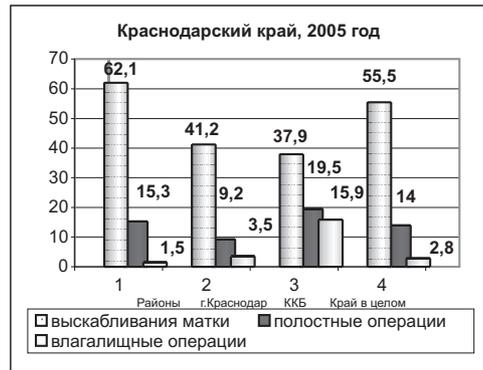
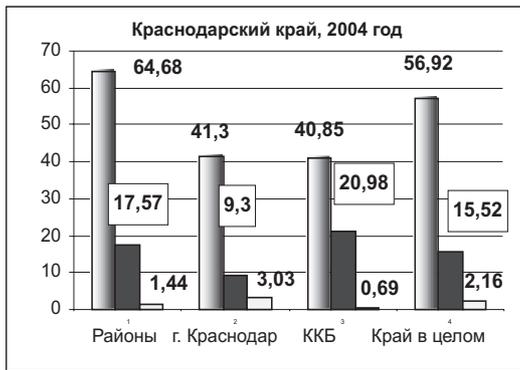


Рис. 8. Удельный вес некоторых операций в крае в 2004 и 2005 гг.

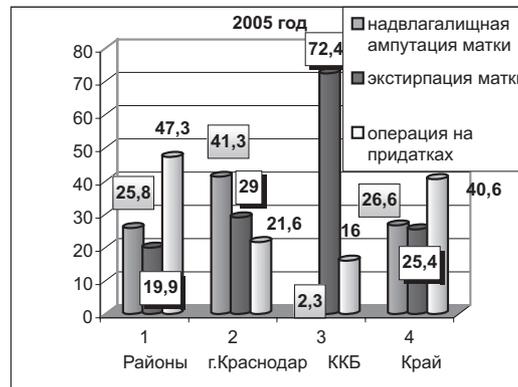
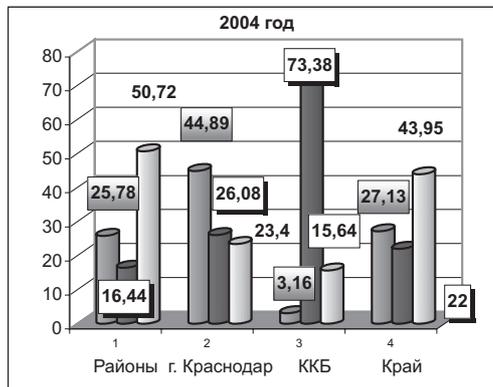


Рис. 9. Удельный вес некоторых полостных операций в ГО края в 2004–2005 гг.

различие (рис. 9). В ККБ существенно высока доля сложных оперативных вмешательств – тотальных гистерэктомий: 77,37% и 72,44% в 2005 г. и самая низкая доля операций на придатках (15,64% в 2004 г. и 16,01% в 2005 г.) в отличие от районов края (50,75% и 47,25% в 2005 г.) и края в целом (43,95% в 2004 г. и 40,64% в 2005 г.). Доля субтотальных гистерэктомий также существенно ниже (3,16% и 2,3% соответственно по годам). Это объясняется тяжестью доставляемой патологии, и при необходимости проведения этой операции часто прибегают к ее лапароскопическому удалению, а не с использованием лапаротомии. При анализе выявлена разница доли и других операций на различных уровнях оказания помощи. Так, малое кесарево сечение чаще встречалось в районах (2,94% в 2004 г. и 3,2% в 2005 г.) в отличие от ККБ – 0,67% и 0,17%, что в 2 раза ниже, чем в отделениях краевого центра. Консервативных миомэктомий различной степени сложности (вне и при беременности) встречается больше в отделении 4-го уровня (ККБ), они составили среди полостных операций 4,66% в 2004 г. и 7,92% в 2005 г. в отличие от районов, где доля низка: 1,9% и 1,97%.

Выводы

Таким образом, анализируя динамику и объемы оперативного лечения в гинекологических отделениях различного уровня, мы нашли закономерную разницу. Систематическое изучение гинекологической патологии (не только ее структуры, но и характера хирургического лечения) на основе единых методических подходов в отдельно взятых территориях и в целом по краю позволит уточнить и выработать единые подходы к объему и уровням оказания гинекологической

помощи. Результаты проведенных исследований свидетельствуют о том, что предлагаемый «инструмент», заложенный в «Паспорте акушерско-гинекологической службы района» для анализа деятельности гинекологической службы, в том числе в области оперативной гинекологии, дает возможность получения сравнительной оценки, динамики и позволяет выйти при анализе на организационный уровень принятия решений.

Поступила 31.10.2006

ЛИТЕРАТУРА

1. Кулаков В. И., Адамян Л. В., Аскольская С. И. Гистерэктомия и здоровье женщины. М.: Медицина, 1999. 312 с.

N. V. MINGALEVA

ANALYSIS OF THE USE THE OPERATIVE METHODS OF THE TREATMENT IN GYNEKOLOGY BRANCHES OF THE EDGE

The Studied structure and track record of the using the operative methods of the treatment in gynecology permanent establishment on subservience in Cuban edge since 1997 on 2005. They Are Used given «Passport obstetric-gynecology of the service», report data, medical documentation and others. In study are enclosed all small and greater gynecology to operations. It is revealed that factor operation from calculation on 1000 feminine populations of the edge is for under investigation years stable and has not a

big scatter on year (19,94% – 20,71% – 20,46% and 21,12%). Analyzing speaker and amounts of the operative treatment in branches different level is found natural difference, on different level of the rendering help share level and volumes of the operative treatment greatly differs.

The Systematic study gynecology to pathology (including not only her its structures, but also nature

of the surgical treatment), on base united methodical approach in apart taken territory and as a whole on edge, allow to elaborate and work out the united approaches to volume and level of the rendering gynecology help.

Keywords: Operative treatment gynecology, Operations gynecology, Permanent establishment.

А. Д. МЯСНИКОВ, В. С. БЕЛОУС, Г. А. ЛАЗАРЕВА

ПОСТКОАГУЛЯЦИОННОЕ СОСТОЯНИЕ ЯИЧНИКОВ, ВЫЗВАННОЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИМ ВОЗДЕЙСТВИЕМ

*Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии,
кафедра акушерства и гинекологии ФПО*

*Курского государственного медицинского университета Федерального агентства
по здравоохранению и социальному развитию*

Оперативные вмешательства на яичниках нередко переносят молодые женщины в активном репродуктивном возрасте. В то же время в литературе последних лет активно дискутируется вопрос о влиянии операций на яичниках на их функциональный резерв и репродуктивную функцию.

Проблема реабилитации репродуктивной функции у женщин детородного возраста после хирургического лечения опухолевидных образований яичников продолжает оставаться чрезвычайно актуальной в связи с высокой частотой данной патологии [1, 2]. В настоящее время оперативная гинекология широко внедряет и использует в практике диагностическую и лечебную лапароскопию с применением электрокоагуляции. По данным областного перинатального центра г. Курска, заболеваемость кистами яичников как основного показания для лапароскопической операции неуклонно растет. Так, количество больных за 2002 год – 109 человек, за 2003 г. – 116 человек, за 2004 г. – 135 человек, за 2005 г. – 189 человек. Наряду с увеличением количества операций происходит омоложение контингента обратившихся за медицинской помощью женщин. Так, средний возраст пациентов в 2002 году – 32,6 года, а в 2004 г. – 29,7 года.

Несмотря на профилактику осложнений, после проведенных оперативных вмешательств возникает воспалительная реакция и происходит поражение здоровых тканей [2]. Многокомпонентное строение гонад, сочетание структур самых разных функциональных направлений обуславливают широкий спектр морфологических реакций при воздействии на яичники [2]. В литературе широко представлены данные о влиянии монополярной коагуляции на маточные трубы, влияние стерилизации с пересечением маточных труб на ткань яичника, а также о реабилитационных мероприятиях после этих операций, однако информации о состоянии яичников, особенно их генеративного и эндокринного аппарата после электрокоагуляционного воздействия, недостаточно. До настоящего времени не разработаны эффективные методы коррекции поражения гонад

вне зоны коагуляции. Вместе с тем ряд исследователей в клинической практике наблюдали нарушение менструального цикла и бесплодие у женщин, перенесших электрокоагуляцию по поводу кист яичников [2].

Цель настоящей работы – изучить морфологические изменения после коагуляции яичников на различных сроках послеоперационного периода в эксперименте на животных.

Материалы и методы

Эксперимент выполнялся на 40 белых беспородных половозрелых кроликах-самках массой 2–2,5 кг. Контрольной группой служили 10 интактных половозрелых животных той же массы.

После срединной лапаротомии под масочным ингаляционным эфирным наркозом в лапаротомную рану выводилась часть яйцевода с яичником. Манипуляции проводили на обоих яичниках. На одном из полюсов яичника скальпелем производился разрез длиной 2–3 мм и глубиной не более 2 мм, края раны разводились, и производилась коагуляция кровотока сосудов монополярным коагулятором в режиме контактной коагуляции. Труба и яичник укладывались на прежнее место. Лапаротомная рана ушивалась капроновой нитью через все слои брюшной стенки. Кожа ушивалась узловыми шелковыми швами.

Крольчих выводили из эксперимента передозировкой ингаляционного эфирного наркоза через 1, 3, 6 и 9 месяцев после проведенного оперативного вмешательства с соблюдением правил работы с экспериментальными животными. Оценивалась макроскопическая картина яичников, подвергшихся электрокоагуляции, и сравнение их с интактными яичниками. Яичники и часть яйцеводов фиксировались в 10%-ном растворе формалина. Депарфинированные срезы окрашивали гематоксилином и эозином. При микроскопии оценивался фолликулярный аппарат, корковое и мозговое вещество яичников.