

А.С.ГАСПАРОВ, д.м.н., проф., руководитель отделения ГУ НЦ АГ и П, главный акушер-гинеколог ЦФО РФ, **Ф.Э.ТЕР-ОВАКИМЯН**, к.м.н., **И.А.БАБИЧЕВА**, к.м.н., **О.Э.БАРАБАНОВА**, к.м.н., **И.А.РЕРЕКИН**, к.м.н., **Л.В.КАУШАНСКАЯ**, к.м.н., **Е.Л.СТРЕКАЛОВА**, **О.С.ЭЛИБЕКОВА**, **В.М.ТОВМАСЯН** ГУ НЦентр АГ и П РАМН

Новая концепция

ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПРИ ОГЗ

Проблема разработки новой концепции оказания помощи больным с острыми гинекологическими заболеваниями (ОГЗ) в настоящее время является особенно актуальной. Это связано не только с огромным количеством больных с данной патологией, но и с отсутствием единого мнения по поводу медико-организационных аспектов ведения таких пациентов.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Отраслевые стандарты оказания медицинской помощи несовершеннолетним. Поэтому при оказании неотложной помощи больным с ОГЗ отсутствует не только преемственность между различными звеньями лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) — женская консультация, поликлиника, скорая помощь и стационар, — но и четкие временные параметры пребывания больных на каждом из этапов оказания медицинской помощи. Целью настоящего исследования являлась разработка оптимизированных стандартов обследования и лечения больных с ОГЗ. В последнее время проблема разработки новой концепции оказания помощи больным с ОГЗ является все более актуальной. Это связано, прежде всего, с тем, что частота ОГЗ среди общего числа больных гинекологического стационара колеблется от 1 до 56%. Такая вариабельность этого параметра объясняется различной частотой встречаемости пациентов с ОГЗ в скоромощных и плановых гинекологических отделениях.

Несмотря на большое количество больных с этой патологией, до сих пор отсутствует единое мнение по поводу медико-организационных аспектов ведения таких больных и не существует критериев, по которым было бы возможно провести полноценный анализ отдаленных результатов лечения. В литературе имеются лишь отдельные сообщения о средних сроках пребывания в стационаре больных, перенесших гинекологические операции по поводу ургентной патологии, и критериях для их выписки. Анализ литературы, посвященной проблеме «острого живота» в гинекологии, а также практический опыт позволили сделать вывод о целесообразности применения лапароскопии, которая дает возможность по-новому взглянуть на проблему ОГЗ. Однако как в нашей стране, так и за рубежом нет единого мнения о тактике ведения гинекологических больных при ургентных состояниях, показаниях и противопоказаниях к эндоскопическому лечению, видах и объемах оперативного вмешательства, что свидетельствует о необходимости дальнейшего накопления фактического материала по данной проблеме. Необходи-



Профессор А.С.ГАСПАРОВ.

мо отметить, что частота диагностических ошибок при данной патологии достаточно высока, колеблется в широких пределах и составляет 2,1–24%. Особый интерес представляет оценка качества жизни пациенток детородного возраста после хирургических вмешательств на половых органах, включая восстановление репродуктивной функции (в случае заинтересованности больной). Негативные тенденции в динамике показателей, характеризующих репродуктивное здоровье, сохраняются и в настоящее время. Необходимо отметить, что в литературе отсутствуют сведения об исследованиях, посвященных научной организации помощи при неотложных состояниях в гинекологии. В недостаточном объеме освещены причины диагностических и лечебных ошибок, приводящих к тяжелым осложнениям и снижению репродуктивной функции женщин. Практически отсутствуют данные об отдаленных результатах лечения больных с ОГЗ в зависимости от метода лечения, опера-

SUMMARY

According to a research, early diagnosis and endoscopic organ-preserving surgical operations improve patients' life quality after the operation and make for health and fertility preservation. However the best result in treatment can be reached with improvement not just medical, but organisational work. This statement has been proved in the clinical trial of the developed and optimised standard of examination and treatment.

A.S. GASPAROV, professor, Doctor of Medicine, the head of Federal State Research Center of Obstetrics, Gynaecology and Perinatal Medicine, Chief Ob/Gyn of the Central Federal District of Russian Federation; **F.E. TER-OVAKIMYAN**, PhD in Medicine; **I.A. BABICHEVA**, PhD in Medicine; **O.E. BARABANOVA**, PhD in Medicine; **I.A. REREKIN**, PhD in Medicine; **L.V. KAUSHANSKAYA**, PhD in Medicine; **E.L. STREKALOVA**, **O.S. ELIBEKOVA**, **V.M. TOVMASYAN**, Federal State Research Center of Obstetrics, Gynaecology and Perinatal Medicine, Russian Academy of Medical Sciences. **New concept of medical care in acute gynaecological disorders.**

тивного доступа и объема операции. Все вышеизложенное явилось основанием для проведения настоящего исследования.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проведено обследование и лечение 1 500 женщин с ОГЗ, из них по традиционному стандарту — 300 пациенток (ретроспективное исследование) и по разработанному оптимизированному стандарту — 1 200 пациенток (проспективное исследование). Конечным критерием правильной диагностики являлся хирургический диагноз, поставленный на основании лапароскопии или лапаротомии, а также данных гистологического исследования.

Работа проведена в отделении реконструктивно-пластической и экстренной гинекологии ГУ НЦентр АГ и П РАМН на базе клинической городской больницы №79 (Москва).

В возрасте 18—25 лет было 450 (30%) больных, 26—35 лет — 630 (42%), 36—45 лет — 270 (18%) и старше 45 лет — 150 (10%) женщин.

По традиционному стандарту оказания помощи при ОГЗ на догоспитальном этапе проводится сбор анамнеза, клиническое обследование, УЗИ, определение уровня β -ХГ в крови (при подозрении на внематочную беременность), консультация хирурга и терапевта. В стационаре (кроме перечисленного выше) осуществляется пункция брюшной полости через задний свод влагалища, а затем проводят хирургическое лечение (лапаротомия). При этом лапароскопия может использоваться только как дополнительный метод диагностики и лечения и не является обязательной.

Оптимизированный стандарт оказания помощи при ОГЗ включает:

- ♦ Традиционный стандарт (за исключением пункции брюшной полости через задний свод влагалища).

- ♦ Регламентированные сроки обследования:

- длительность догоспитального обследования — 24—48 час;

- длительность госпитального предоперационного обследования до 12 час.

- ♦ Обязательное наличие высокотехнологичного оборудования на догоспи-

тальном уровне и в стационаре (β -ХГ мониторинг, УЗИ-мониторинг, лапароскопия).

- ♦ Обеспечение руководителями ЛПУ тесного и своевременного взаимодействия между учреждениями догоспитальной помощи и стационаром.

- ♦ Наличие круглосуточной эндоскопической службы и УЗИ-мониторинга в стационаре. Лапароскопия является обязательным методом обследования и лечения.

У всех больных был тщательно собран анамнез, проведены исследования, характеризующие качество жизни больных (физическое состояние, сексуальная функция, психическое состояние, социальное функционирование, ролевое функционирование, общее субъективное восприятие состояния своего здоровья). Было проведено общее и гинекологическое исследование, общепринятые лабораторные, а также специальные методы исследования (бактериоскопический, бактериологический, УЗИ, лапароскопия, определение уровня β -ХГ, морфологический).

Анализ результатов осуществлялся с использованием статистической компьютерной программы SPSS for Windows (версия 11.5.1). Достоверность различий оценивалась на основе непараметрических критериев Вилкоксона—Манна—Уитни для несвязанных совокупностей и методом вариационной статистики с использованием Т-критерия для парных независимых выборок. Различия между группами считались достоверными при значении $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Структура ОГЗ представлена на *рисунке 1*, диагноз верифицирован во время лапароскопии или лапаротомии и при морфологическом исследовании. Наибольшую долю в структуре ОГЗ занимает внематочная беременность (ВБ), диагностированная у 705 женщин, т.е. 47% от общего количества, острые воспалительные заболевания придатков матки (ОВЗПМ) — у 375 (25%) и апоплексия яичников (АЯ) — у 240 (16%). Острые гинекологические заболевания в 90% случаев наблюдались у женщин репродуктивного возраста, что обуславливает

необходимость проведения органосохраняющих операций.

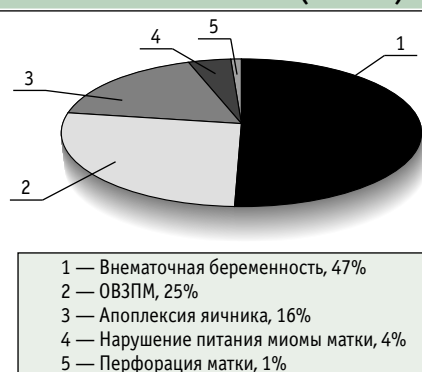
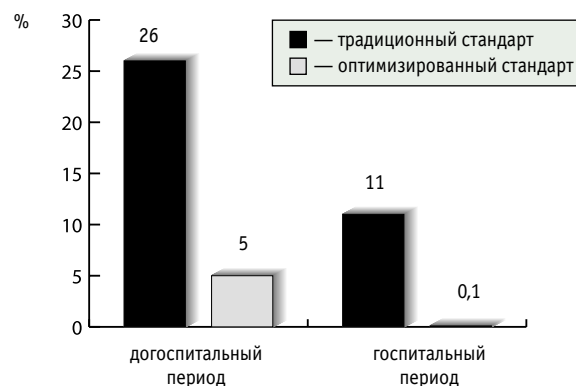
Для больных с ОГЗ характерен отягощенный акушерско-гинекологический анамнез и нарушение репродуктивной функции. Так, искусственный аборт в анамнезе был у 1 098 (73,2%) больных, воспалительные заболевания внутренних и наружных половых органов — у 1005 (67%), отягощенный акушерский анамнез — у 585 (39%), полостные операции на матке и придатках — у 360 (24%), использование ВМК — у 330 (22%), бесплодие в браке — у 323 (21,5%), невынашивание беременности — у 255 (17%), внематочная беременность — у 135 (9%) женщин. Гинекологическая патология не выявлена лишь у 225 больных (15%).

Результаты сравнения эффективности применения различных стандартов ведения больных представлены в *таблице 1*. Как видно из приведенных в таблице данных, применение традиционного стандарта обследования и лечения больных с ОГЗ сопровождается высокой частотой ошибочной догоспитальной диагностики, большей длительностью догоспитального и госпитального предоперационного обследования и длительным пребыванием больных в стационаре. Обращает внимание низкая частота использования лапароскопического доступа (2,7%) и малое число органосохраняющих операций (14,8%). Использование оптимизированного стандарта обследования и лечения больных с ОГЗ привело к снижению (по сравнению с традиционным) частоты догоспитальных и госпитальных диагностических ошибок, уменьшению длительности обследования больных в поликлинике и стационаре. Характерно повышение числа органосохраняющих операций и частоты восстановления фертильности (*рис. 2—5*).

Наличие круглосуточной эндоскопической службы в стационаре при использовании оптимизированного диагностическо-лечебного стандарта обеспечило возможность выполнения операций по поводу ОГЗ в экстренном порядке, по дежурству, и повысило частоту операций, выполняемых в период с 15:00 до 9:00 часов. При использовании традиционного стандарта 85% опера-

ТАБЛИЦА 1 Результаты комплексного обследования и лечения больных с ОГЗ (достоверность различий — $p < 0,05$)

Параметры	Традиционный стандарт обследования и лечения (n=300)	Оптимизированный стандарт обследования и лечения (n=1200)
Длительность догоспитального периода, дни	7,3±0,6	36±0,5 часов
Частота диагностических ошибок на догоспитальном этапе, %	26 %	5%
Длительность предоперационного обследования, ч	82,0±0,4	1,2±0,3
Частота диагностических ошибок на госпитальном этапе, %	11	0,1
Частота использования лапароскопического доступа, %	2,7	95,7
Длительность пребывания в стационаре, сут.	14,2±0,4	2,3±0,2
Частота проведения операций с 9-00 до 15-00, %	80	30
Частота проведения операций с 15-00 до 9-00, %	20	70
Частота органосохраняющих операции при острых гинекологических заболеваниях, %	18,3	88,1
Частота органосохраняющих операций при внематочной беременности, %	2,8	89,7
Частота органосохраняющих операций при апоплексии яичника, %	88,9	100
Частота органосохраняющих операций при острых воспалительных заболеваниях придатков матки, %	0	81,0
Частота органосохраняющих операций при остром нарушении кровоснабжения образований яичника, %	0	83,3
Частота органосохраняющих операций при нарушении кровоснабжения узла миомы, %	25,0	70,8
Встречаемость тяжелых форм ОВЗПМ, %	64	21,7
Встречаемость тяжелых форм апоплексии яичников, %	75	64,7

РИСУНОК 1 Структура острых гинекологических заболеваний (n=1500)

РИСУНОК 2 Частота диагностических ошибок


ций выполнялись в рабочие часы в плановом порядке (с 9:00 до 15:00 час.). При использовании традиционного стандарта диагноз прогрессирующей внематочной беременности был установлен только у 2,8% женщин. Органосохраняющие операции выполнены у больных: с апоплексией яичника (88,9%), с нарушением кровоснабжения узла миомы матки (25%), с нарушением кровоснабжения образования яичника (9,5%), с внематочной беременностью (2,8%).

При острых воспалительных заболеваниях придатков матки органосохраняющие операции вообще не проводились. Современная концепция оказания медицинской помощи больным с ОГЗ позволяет диагностировать их у 99,5% больных, провести органосохраняющие операции у 89,7% больных с внематочной беременностью, у 85,7% больных с острым воспалением придатков матки, у 84,3% больных с апоплексией яичника, у 90,5% больных при перекру-

те придатков матки, у 70,8% женщин с нарушением кровоснабжения узла миомы матки. При применении оптимизированного стандарта обследования и лечения больных с ОГЗ прогрессирующая внематочная беременность выявлялась в 79,8% случаев по сравнению с 2,8% при традиционном. При использовании оптимизированного стандарта тяжелые формы апоплексии яичника и острых воспалительных заболеваний придат-

на фармрынках СНГ

РАБОЧИЙ ВИЗИТ ПРЕДСЕДАТЕЛЯ МГК СНГ В АЗЕРБАЙДЖАН

В конце апреля состоялся рабочий визит председателя МГК СНГ, заместителя директора ФГУ НЦ ЭСПМ Виктора Дмитриева в Азербайджан. В ходе визита состоялись встречи с министром здравоохранения Республики Азербайджан О.Ширалиевым, директором Центра инноваций и снабжения Минздрава Азербайджана А.Джабраиловым и директором Центральной контрольной лаборатории Министерства здравоохранения Республики Азербайджан А.Абдулла-Заде. Обсуждались вопросы подготовки проекта Закона «О фармацевтической деятельности» Республики Азербайджан, вопросы предотвращения оборота контрафактной продукции на фармацевтическом рынке республики, вопросы подготовки и переподготовки кадров для вновь созданного Центра инноваций и снабжения. Был обсужден проект «Фармсодружество», предполагающий участие регуляторных органов государств-участников СНГ.

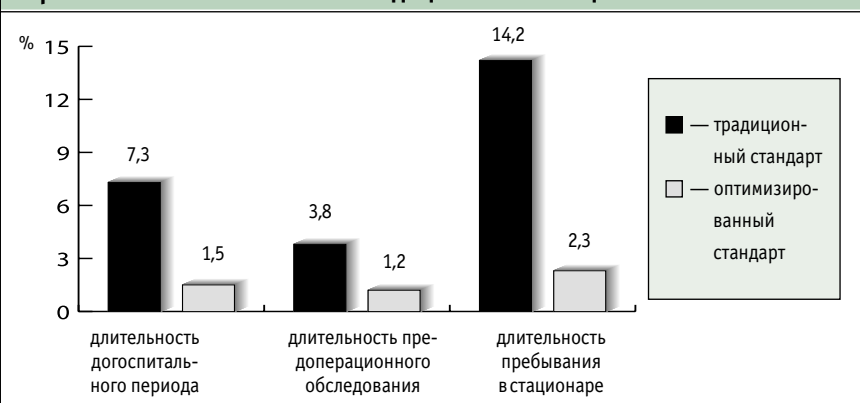
Соб. инф.

УКРАИНА: В 2005 г. РЫНОК ФАРМПРЕПАРАТОВ ВЫРОС НА 31%

Объем продаж на фармацевтическом рынке Украины в 2005 г., по данным фармацевтической корпорации «Артериум», составил 6,970 млрд. грн., увеличившись по сравнению с 2004 г. (5,339 млрд. грн.) на 1,631 млрд. грн. При этом как в прошлом году, так и в 2004 г. розничный сегмент почти в 5 раз больше госпитального. Темпы прироста рынка за 2005 г. составили 31%, а доля розничного сегмента составила 85%. По структуре рынка существенных отличий от 2004 г. не произошло. Отечественных препаратов реализовано на 1,540 грн. (около 28%), а иностранных на 4,4 грн. (около 72%). При этом в среднем украинские препараты в прошлом году были на треть дешевле импортных аналогов. Динамика увеличения среднерыночной цены на отечественные препараты составила с 2,15 грн. (в среднем за единицу товара) в 2004 г. до 2,48 грн. в 2005 г., а на импортные — с 14,26 грн. в 2004 г. до 15,90 грн. в 2005 г.

rdc.ua

РИСУНОК 3 Временные параметры обследования и лечения пациентов на различных этапах оказания медицинской помощи



ков матки встречаются реже, чем при применении традиционного стандарта обследования и лечения, их частота составляет, соответственно, 21,7 и 64,6%. При острых нарушениях кровоснабжения опухолей яичника при применении разработанного стандарта органосохраняющие операции в острый период выполнялись в 10 раз чаще, чем при применении традиционного, при остром нарушении кровоснабжения миоматозного узла — в 3 раза чаще.

Своевременная диагностика и реконструктивно-пластические операции на маточных трубах позволяют восстановить репродуктивную функцию при прогрессирующей ВБ у 67,2% женщин, при трубном аборте — у 43,3%, при внематочной беременности по типу разрыва трубы — у 20% женщин.

При использовании традиционного стандарта частота тяжелых форм острых воспалительных заболеваний придатков матки — острый сальпингоофорит с формированием tuboовариальных образований (29,3%) и острый гнойный сальпингит с пельвиоперитонитом (34,7%) — составляет 64%.

При применении оптимизированного стандарта частота острого сальпингоофорита с формированием tuboовариальных образований и острого гнойного сальпингита с пельвиоперитонитом составляет 11,7% и 10% соответственно. Это позволяет с учетом лапароскопического доступа в 7 раз чаще проводить органосохраняющие операции. Средняя и тяжелая степень апоплексии яичников при использовании оптимизированного стандарта ниже ($p < 0,05$) и составляет 64,6%, что позволяет в 100%

случаев проводить органосохраняющие операции с учетом лапароскопического доступа.

Отдаленные результаты лечения больных с ОГЗ показали, что предлагаемый оптимизированный стандарт направлен на профилактику бесплодия и повышение фертильности женщин. Его применение приводит к увеличению частоты наступления маточной беременности при всех формах патологии (по сравнению с традиционным стандартом): при внематочной беременности — с 18,3 до 58%, при острых воспалительных заболеваниях придатков матки — с 17,1 до 44,3%, при апоплексии яичника — с 33,5 до 76,7%, при остром нарушении кровоснабжения яичников — с 20 до 75%, при остром нарушении кровоснабжения узла миомы — до 40,5%.

Получены уникальные данные об отдаленных результатах лечения 35 больных с единственной маточной трубой, которым была произведена реконструктивно-пластическая операция на стадии прогрессирующей внематочной беременности (оптимизированный стандарт). В дальнейшем маточная беременность наступила у 21 больной, что составляет 60% и достоверно не отличается от результатов восстановления фертильности при использовании оптимизированного стандарта при прогрессирующей внематочной беременности у женщин с обеими маточными трубами (64,7%).

При оценке качества жизни отмечено его улучшение у 63,7% женщин при использовании оптимизированного стандарта и только у 13,8% — при традиционном ведении пациенток с ОГЗ.

РИСУНОК 4 Частота органосохраняющих операций

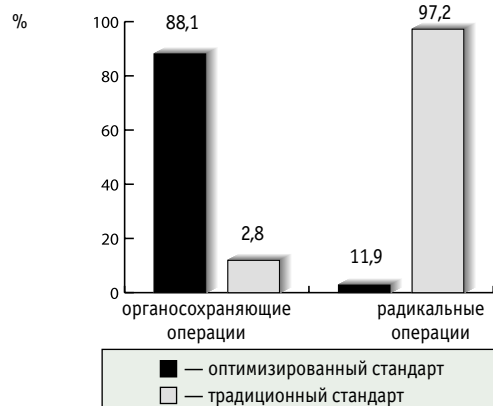
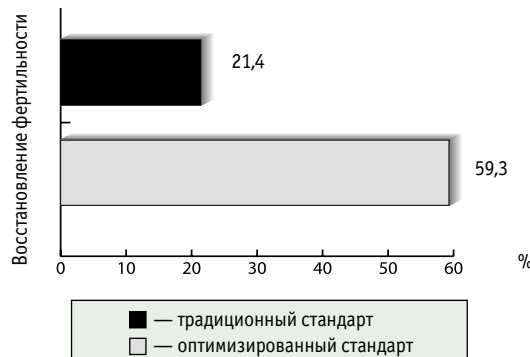


РИСУНОК 5 Частота восстановления фертильности при применении различных стандартов обследования и лечения



ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты исследования свидетельствуют о том, что своевременная диагностика и эндоскопические органосохраняющие операции улучшают показатели качества жизни пациенток после оперативного вмешательства, способствуют сохранению и восстановлению репродуктивного здоровья женщин. Однако наилучший результат лечения таких больных может быть достигнут только при одновременном совершенствовании не только медицинских, но и организационных исследований, что клинически подтверждено апробацией разработанного оптимизированного стандарта обследования и лечения.

Актуальность разработки медико-организационных аспектов оказания помощи больным с ОГЗ обусловлена отсутствием четкого алгоритма обследования, временных параметров этого обследования и отсутствием преемственности в работе различных подразделений ЛПУ, оказывающих экстренную хирургическую помощь в гинекологии. Применение организационных технологий, предоперационной подготовки и интраоперационных мероприятий (хирургический доступ, объем оперативного вмешательства, применение высоких энергий) у больных с ОГЗ приводит к возможности проведения органосохраняющих операций, снижению числа рецидивов заболевания и риска развития спаечного процесса органов малого таза, увеличению частоты восстановления фертильности. Полученные результаты свидетельствуют о кли-

нической, психологической, социальной и экономической эффективности использования современных лечебно-диагностических и организационных технологий.

Таким образом, современная концепция оказания помощи больным с ОГЗ предполагает одновременное совершенствование организационных и медицинских технологий и в итоге является «медициной на опережение» (оптимизированный стандарт). Использование оптимизированного стандарта в практической деятельности приводит к тому, что становится возможным оказывать хирургическую помощь больной на начальном этапе острого заболевания, в частности, на стадии прогрессирующей внематочной беременности, при начальных формах острого воспаления придатков матки (острый сальпингоофорит без формирования tuboовариальных образований и пельвиоперитонита), при легких и средних формах апоплексии яичника (кровопотеря менее 500 мл), на стадии отсутствия некроза ткани при острых нарушениях кровоснабжения образований яичника и миоматозных узлов. Это приводит к тому, что органосохраняющая операция выполняется в оптимальном объеме — при прогрессирующей беременности производят туботомию; при острых воспалениях придатков матки — эвакуацию воспалительного экссудата и санацию брюшной полости растворами антисептиков, рассечение спаек, эвакуацию гноя и санацию гнойных tuboовариальных образований. При апоплексии яичника осуществля-

ют санацию брюшной полости; при перекруте ножки опухоли — деторсию придатков матки, при нарушении кровоснабжения в узле миомы матки — консервативную миомэктомию. На сегодняшний день узаконенное использование несовершенного традиционного стандарта обследования и лечения (особенно в той его части, где лапароскопия рассматривается как дополнительный метод диагностики и лечения) больных с ОГЗ на всех этапах является существенным тормозящим моментом для оказания высококвалифицированной медицинской помощи. Новый взгляд на оказание экстренной помощи больным с ОГЗ заключается во внедрении и использовании на всех медицинских этапах новейших организационных и медицинских технологий обследования и лечения. Это позволит значительно улучшить качество ведения больных с ОГЗ в острый период, снизить количество диагностических ошибок, ускорить процесс госпитализации больных, увеличить количество органосохраняющих операций, что в итоге способствует последующему восстановлению репродуктивной функции, а также улучшению качества жизни.

Таким образом, разработка современных стандартов, внедрение новейших медико-организационных технологий и лицензирование ЛПУ с учетом возможности их работы по современным оптимизированным стандартам является одним из основных направлений не только в гинекологии, но и в отечественной медицине в целом.