

Skojarzone leczenie operacyjne na oddziale chirurgicznym — operacje chirurgiczno-ginekologiczne

Combined operative treatment in surgical wards — surgical-gynaecological operations

Dobrosława L. Sikora-Szczęśniak¹, Wacław Sikora¹, Andrzej Milczarek², Grzegorz Szczęśniak², Stanisław Kozak²

¹Oddział Ginekologiczno-Położniczy Szpitala Powiatowego SP ZOZ w Lipsku nad Wisłą (Department of Obstetrics and Gynaecology, Lipsko upon Vistula Hospital, Poland)

²Oddział Chirurgii Ogólnej Szpitala Powiatowego SP ZOZ w Lipsku nad Wisłą (Department of General Surgery, Lipsko upon Vistula Hospital, Poland)

Streszczenie

Wstęp: Operacje chirurgiczno-ginekologiczne mogą być wykonywane w sytuacjach doraźnych lub planowych. W przypadku współistnienia schorzeń ginekologicznych i chirurgicznych — przy wdrożeniu właściwego modelu współpracy chirurgów i ginekologów — operacje planowe wykonuje się najczęściej wspólnie, w zespołach chirurgiczno-ginekologicznych.

Celem pracy była ocena współpracy klinicznej chirurga i ginekologa w warunkach szpitala rejonowego, w kolejnych 5-letnich okresach.

Materiał i metody: W pracy analizowano wskazania do skojarzonego leczenia chirurgiczno-ginekologicznego na oddziale chirurgicznym i zakres wykonywanego zabiegu oraz porównano rozpoznanie wstępne z rozpoznaniami ostatecznymi. Materiał stanowiły protokoły operacyjne, historie chorób i wyniki badań histopatologicznych preparatów pooperacyjnych pochodzących od pacjentek operowanych na oddziale chirurgicznym z powodu schorzeń ginekologicznych w ciągu 15 lat.

Wyniki: W latach 1985–1999 na Oddziale Chirurgii Ogólnej wykonano 9529 operacji, w tym u 195 pacjentek wykonano również operacje ginekologiczne, co stanowiło 2,0% wszystkich operacji na oddziale. Odsetek powyższych operacji w wyróżnionych kolejnych 5-letnich okresach działalności oddziału wynosił odpowiednio 1,9% (70/3634), 2,6% (96/3634) i 1,3% (29/2261). Istotnym czynnikiem wpływającym na powyższe wyniki w pierwszych dwóch 5-letnich okresach był między innymi brak aparatury ultrasonograficznej, a następnie praca z aparaturą o niskiej jakości. Doraźne operacje chirurgiczno-ginekologiczne wykonano u 144 chorych (73,8%), planowe u 51 (26,2%). U 13 pacjentek (6,7%) poza schorzeniami ginekologicznymi nie stwierdzono schorzeń chirurgicznych. Najczęstszymi wskazaniami do interwencji operacyjnej u kobiet ze współistniejącymi schorzeniami ginekologicznymi były: schorzenia wyrostka robaczkowego — 118 (60,5%), zapalenie pęcherzyka żółciowego — 33 (16,9%), schorzenia nowotworowe — 11 (5,6%). Do najczęściej stwierdzanych schorzeń ginekologicznych w trakcie interwencji chirurgicznej należały: torbiele jajnika — 73 (37,4%), krwawienia z jajnika do jamy otrzewnowej — 55 (28,2%), schorzenia jajowodów, ciążę ektopowe, inne schorzenia przydatków (w tym zapalne) — 36 przypadków (18,5%).

Wnioski: 1. W skojarzonych zabiegach chirurgiczno-ginekologicznych dominują operacje przeprowadzane w trybie doraźnym na przydatkach u kobiet w wieku do lat 30. 2. Wprowadzenie nowoczesnej diagnostyki obrazowej narządów jamy brzusznej, a także właściwego modelu współpracy chirurgiczno-ginekologicznej spowodowało znaczne obniżenie odsetka operacji ginekologicznych wykonywanych na oddziale chirurgicznym.

Słowa kluczowe: chirurg-ginekolog, współpraca

Abstract

Background: Gynaecological-surgical operations are performed either for emergency or elective reasons. In cases of concomitant gynaecological and surgical problems, with an adequate model of cooperation between surgeons and gynaecologists, elective surgery is most often performed by a surgical-gynaecological team.

The aim of the study was to evaluate clinical cooperation between surgeons and gynaecologist carried out in a regional hospital.

Material and methods: The analysis included indications for combined surgical-gynaecological treatment in the surgical ward and a range of procedures; in addition to this, preliminary and final diagnoses were compared. The material analysed included surgical documentation, case histories and lab results of histopathological postoperative investigations in the patients operated on for gynaecological problems in the surgical ward over a period of 15 years.

Results: In 1985–1999 the total number of operations at the Department of General Surgery was 9529, of which 195 patients also underwent gynaecological operations. It constituted 2% of all surgeries performed in the surgical ward. In the subsequent 5-year periods the respective values were: 1.9% (70/3634), 2.6% (96/3634) and 1.3% (29/2261). Lack of proper diagnostic tools (ultrasonography) was an important factor influencing results of surgery during first years of the observation period 144 patients underwent emergency surgery (73.8%) and 51 (26.2%) elective gynaecological-surgical procedures. In 13 patients (6.7%) no surgical problems were found in addition to gynaecological ones. The most common indications for surgery in the patients with concomitant gynaecological problems were: diseases of the appendix — 118 (60.5%), cholecistitis — 33 (16.9%), neoplasms — 11 (5.6%). The most common gynaecological problems found during surgical intervention included: ovarian (or peri-ovarian) cysts — 73 (37.4%), ovarian haemorrhage into the peritoneal cavity — 55 (28.2%), diseases of the Fallopian tubes, ectopic pregnancies (*graviditas tuberia*) and other diseases of the adnexa (including inflammations) — 36 (18.5%) cases.

Conclusions: 1. Operations on the adnexa in women aged up to 30 predominate among emergency combined surgical-gynaecological procedures. 2. The introduction of modern diagnostic methods, the imaging of abdominal organs and adequate models of gynaecological-surgical co-operation have resulted in a significantly decreased percentage of gynaecological operations handled by the surgical ward.

Key words: surgeon-gynecologist, cooperation

Wstęp

Od wielu lat wśród chirurgów i ginekologów trwa dyskusja nad modelem współpracy i ustaleniem wskazań do równoczesnych operacji chirurgiczno-ginekologicznych. Rzadko planuje się jednoczesne skojarzone leczenie operacyjne na różnych narządach przy ustalonych wcześniej rozpoznaniach. Z doniesień piśmiennictwa wynika natomiast, że jednoczesne leczenie operacyjne nie zwiększa w istotny sposób ryzyka okołoperacyjnego [1–3]. Operacje chirurgiczno-ginekologiczne można wykonywać w trybie doraźnym lub planowym. Operacje planowe wykonuje się wspólnie w zespole chirurgiczno-ginekologicznym. Przy właściwym modelu współpracy chirurgiczno-ginekologicznej również operacje wykonywane w trybie doraźnym powinien przeprowadzać zespół chirurgiczno-ginekologiczny.

Celem pracy była ocena współpracy klinicznej chirurga i ginekologa w warunkach szpitala rejonowego w ciągu 15 lat.

Materiał i metody

Materiał stanowiły protokoły operacyjne, historie chorób i wyniki badań histopatologicznych preparatów pooperacyjnych uzyskanych od 195 pacjentek operowanych z powodu schorzeń ginekologicznych na oddziale chirurgicznym w okresie 15 lat. Analizowano wskazania do skojarzonego leczenia chirurgiczno-ginekologicznego na oddziale chirurgicznym i zakres zabiegu oraz porównano rozpoznanie wstępne z rozpoznaniem ostatecznym.

Introduction

The model of cooperation between surgeons and gynaecologists and the indications for concomitant surgical-gynaecological procedures have been discussed for many years.

Planned concomitant surgical operations on different organs based on an earlier diagnosis are rare. The results of the studies reported [1–3] found that this strategy does not increase the operational risk significantly. Combined surgical-gynaecological operations can be either planned or emergency. Planned surgery is undertaken by a team of surgeons and gynaecologists. Emergency operations should be performed in this way, provided a proper model of cooperation between surgeons and gynaecologists is introduced.

The aim of the study was to evaluate clinical cooperation between surgeons and gynaecologists carried out in a regional hospital over a 15-year period.

Material and methods

The material used for the study included surgical documentations, case histories and lab results of histopathological postoperative investigations of the 195 patients operated on for gynaecological diseases, both as emergency and elective procedures in the surgical ward over 15 years. The analysis included indications for combined surgical-gynaecological treatment in the surgical ward and a range of procedures; in addition to this, preliminary and final diagnoses were compared.

W analizie uwzględniono zabiegi operacyjne wykonywane zarówno w trybie nagłym, jak i planowym.

Wyniki

W latach 1985–1999 na oddziale chirurgicznym w Lipsku n. Wisłą wykonano 9529 operacji, w tym u 195 pacjentek przeprowadzono również operacje ginekologiczne (tab. I). Stanowiło to 2,0% wszystkich wykonanych operacji w ciągu 15 lat.

W kolejnych 5-letnich okresach wartości te wynosiły odpowiednio:

- 1985–1989 — 70/3634 (1,9%),
- 1990–1994 — 96/3634 (2,6%),
- 1995–1999 — 29/2261 (1,3%).

W trybie doraźnym operowano w tym okresie 144 pacjentki (73,8%).

U 51 kobiet (26,2%) wykonano zabiegi planowe.

Najczęstszymi chirurgicznymi przyczynami interwencji operacyjnej (na podstawie badania klinicznego i rozpoznania histopatologicznego) u kobiet ze współistniejącymi schorzeniami ginekologicznymi były:

- schorzenia wyrostka robaczkowego — 121 przypadków (61,2%),
- zapalenie pęcherzyka żółciowego (na tle kamicy) — 33 przypadki (16,9%),
- nowotwory — 11 przypadków (5,6%).

U 13 operowanych pacjentek (6,7%) jedynym wskazaniem do leczenia operacyjnego były schorzenia ginekologiczne. W tabeli II przedstawiono szczegółowy podział schorzeń chirurgicznych. W tabeli III wyszczególniono zaś schorzenia ginekologiczne u pacjentek, które poddano skojarzonym operacjom chirurgiczno-ginekologicznym w analizowanym 15-letnim okresie.

Najczęstsze schorzenia ginekologiczne stwierdzone podczas interwencji chirurgicznej to:

- torbiele jajnika (lub okołojajnikowe) — 73 przypadki (37,4%),
- krwawienia z jajnika do jamy otrzewnowej — 55 przypadków (28,2%),
- schorzenia jajowodów, ciężce ektopowe (jajowodowe) inne schorzenia przydatków (w tym zapalne) — 36 przypadków (18,5%). U jednej pacjentki interwencja chirurgiczna była spowodowana pozostawieniem w jamie brzusznej ciała obcego przez zespół ginekologiczny.

Operacje na przydatkach w grupie pacjentek w wieku do 30 lat wykonano u 85 kobiet, co stanowiło 43,6% wszystkich operacji ginekologicznych przeprowadzonych na oddziale chirurgicznym. W poszczególnych 5-letnich przedziałach czasowych liczba i odsetek tych operacji wyniosły odpowiednio: 34 (48,6%), 37 (38,5%) i 14 (48,3%).

Dyskusja

Pacjentki hospitalizowane, szczególnie w szpitalach rejonowych, nie zawsze kwalifikują się do leczenia na przeznaczonym do tego oddziale. W przypadku zastosowania właściwego postępowania nie ma to większego znaczenia. Tak naprawdę kobietę ze wsi lub prowincjo-

Results

In 1985–1999, 9529 operations were performed at the surgical ward of Lipsko upon Vistula Hospital, of which 195 patients had undergone gynaecological operations (Tab. I). It constituted 2.0% of the total number of surgeries performed over 15-year period. In subsequent 5-year sub-periods the values were:

- 1985–1989 — 70/3634 (1.9%),
- 1990–1994 — 96/3634 (2.6%),
- 1995–1999 — 29/2261 (1.3%) respectively.

144 patients (73.8%) underwent emergency and 51 patients (26.2%) elective surgery.

The most common clinically and/or histopathologically detected reasons for surgical intervention in the patients with concomitant gynaecological problems included:

- diseases of the appendix — 121 (62.1%),
- cholecistitis (*cholelithiasis*) — 33 (16.9%),
- neoplasms — 11 (5.6%) cases.

The only cause for surgical intervention in 13 patients (6.7%) was a gynaecological problem without any other surgical reason found. Table II presents a detailed list of diseases and table III lists gynaecological problems in the patients who underwent a combined surgical-gynaecological operation during the 15-year period.

The most common gynaecological problems found during surgical intervention in that period included:

- ovarian (or peri-ovarian) cysts 73 (37.4%),
- ovarian haemorrhage into the peritoneal cavity — 55 (28.2%),
- diseases of the Fallopian tubes, ectopic pregnancies (*graviditas tubaria*), other diseases of the adnexa (including inflammatory diseases) — 36 cases (18.5%). In one case surgical intervention in the postoperative period in the gynaecological patient resulted from malpractice, *i.e.* a *corpus alienum* left in the abdominal cavity.

Operations on the adnexa in the group aged up to 30 years were performed in 85 patients, which constituted 43.6% of total number of gynaecological operations carried out in the surgical ward. In subsequent 5-year periods the number and percentage were: 34 (48.6%), 37 (38.5%) and 14 (48.3%) respectively.

Discussion

Patients hospitalised in local district hospitals are not always qualified to be treated in the appropriate ward. From the point of view of emergency measures it can be of no importance unless prompt treatment is introduced. The truth is however, that a common country wife or a woman from a small town does not care about the specialization of the doctor operating on her provided the surgery is performed promptly.

In the case of inappropriate treatment, e.g. cessation of the necessary surgical treatment, the effects for the patient can be very serious. This may also result in certain legal consequences. Prompt assessment of patient's condition at the Admissions Department is extremely

Tabela I. Operacje ginekologiczne wykonane z zabiegami chirurgicznymi na Oddziale Chirurgicznym w okresie 15 lat (1985–1999 r.)
 Table I. Gynecological operations performed with other surgical procedures at surgical ward over 15 years (1985–1999)

| Operacje chirurgiczne Surgical operations | Rodzaj operacji ginekologicznej Type of gynaecological operation | | | | | | | | | | | | | Razem (%) Total (%) | | |
|--|---|---------------------------------|--|-----------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|--|----------------------------|--|---|---|---|------------------------|-------------------------------|-------------|
| | Resekcja jajowodu częściowa Partial fallopian tube resection | Wycięcie jajowodu Salpingectomy | Wycięcie torbieli jajowodu Simple cystectomy | Zeszywanie jajnika Ovary suturing | Resekcja jajnika Oophorectomy | Wycięcie przydatków Adnexectomy | Wycięcie mięśniaka Myomectomy | Amputacja trzonu macicy Amputation of uterus | Histerektomia Hysterectomy | Operacja sposobem Becka Beck operation | Wycięcie endometriozы Endometriosis resection | Usunięcie ciała obcego Foreign body removal | Operacja sposobem Donald-Foerthgill Donald-Foerthgill operation | | Szybie pochwy Vagine suturing | |
| Bez operacji chirurgicznej Without surgery | 1 | 3 | 3 | 1 | 1 | 5 | | 1 | | 1 | 1 | | | | | 16 (8,2) |
| Operacje przepuklin Herniotomy | | 1 | 1 | | | | | | | 1 | 1 | | | | | 4 (2,0) |
| Wycięcie wyrostka robaczkowego Appendectomy | 12 | 3 | 66 | 22 | 7 | 9 | | | | 2 | | | | | | 121 (62,1) |
| Resekcja jelita, wycięcie odbytnicy ilectomy, proctectomy | | | | | 2 | 7 | | | 4 | | | | | | | 13 (6,7) |
| Ułfkosowanie odbytnicy Rectopexy | | | | | | | | | | 1 | | | | | | 1 (0,5) |
| Usunięcie zrębów okołojelitowych Enterolysis | | 1 | 2 | | | 1 | | | | | | 1 | | | | 5 (2,6) |
| Wylonięcie esicy Colostomy (sigmoid colon) | | | | | | | | | | | | | | 1 | | 1 (0,5) |
| Chęściowa resekcja żołądka, trzustki, splenektomia Partial gastrectomy, pancreatotomy, splenectomy | | | | | | | | | 1 | | | | | | | 1 (0,5) |
| Cholelcystektomia Cholecystectomy | 2 | 2 | 12 | | 6 | 4 | | | 3 | | | | | | 1 | 33 (16,9) |
| Razem (%) Total (%) | 15 (7,7) | 10 (5,1) | 84 (43,1) | 22 (11,3) | 16 (8,2) | 26 (13,3) | 2 (1,0) | 2 (1,0) | 8 (4,2) | 5 (2,6) | 2 (1,0) | 1 (0,5) | 1 (0,5) | 1 (0,5) | 1 (0,5) | 195 (100,0) |

Tabela II. Wskazania do interwencji chirurgicznej na oddziale chirurgicznym u pacjentek ze schorzeniami ginekologicznymi
Table II. Surgical indications for surgical treatment in patients with gynaecological diseases handled by surgical ward

| | Wskazania do leczenia chirurgicznego <i>Indication for the surgery</i> | Liczba <i>Number</i> | Razem <i>Total</i> (n = 195) (%) |
|-----|--|-------------------------|---|
| 1. | Ostre zapalenie wyrostka robaczkowego / <i>Acute appendicitis</i> Zgorzelińowe zapalenie wyrostka robaczkowego / <i>Gangrenous appendicitis</i> Ropowicze zapalenie wyrostka robaczkowego / <i>Purulent appendicitis</i> | 3 6 13 | 22 (11,3) |
| 2. | Przewlekłe zapalenie wyrostka robaczkowego / <i>Chronic appendicitis</i> | 95 | 95 (48,37) |
| 3. | Ostre zapalenie pęcherzyka żółciowego / <i>Acute cholecystitis</i> | 33 | 33 (16,9) |
| 4. | Rozlane zapalenie otrzewnej / <i>Diffuse peritonitis</i> Gruźlicze zapalenie otrzewnej / <i>Tuberculous peritonitis</i> | 1 1 | 2 (1,0) |
| 5. | Niedrożność mechaniczna / <i>Mechanical ileus</i> | 8 | 8 (4,1) |
| 6. | Martwica jelita cienkiego, sieci większej / <i>Small bowel, great omentum necrosis</i> | 3 1 | 4 2,1 |
| 7. | Rak odbytnicy, okrężnicy, jelita cienkiego, pęcherzyka żółciowego, trzustki <i>Colorectal cancer, small bowel cancer, cancer of the gallbladder and pancreas</i> | 11 | 11 (5,6) |
| 8. | Przepuklina pachwinowa, udowa, kresy białej / <i>Inguinal, femoral or linea alba hernia</i> | 4 | 4 (2,1) |
| 9. | Inne: endometrioza wyrostka robaczkowego, wypadnięcie odbytnicy, pourazowe uszkodzenie odbytnicy <i>Other: endometriosis of the appendix, prolapsus recti, traumatic rectum lesion</i> | 3 | 3 (1,5) |
| 10. | Bez operacji chirurgicznej / <i>Without surgery</i> | 13 | 13 (6,7) |

Tabela III. Schorzenia ginekologiczne stwierdzone u pacjentek operowanych na oddziale chirurgicznym
Table III. Gynaecological diseases found in patients operated on in surgical ward

| | Schorzenia ginekologiczne <i>Kind of gynaecological disease</i> | Liczba <i>Number</i> | Razem <i>Total</i> (n = 195) (%) |
|-----|---|-------------------------|---|
| 1. | Torbiel ciała żółtego, torbiele funkcjonalne / <i>Corpus luteum cyst, functional cyst</i> | 27 | 27 (13,87) |
| 2. | Torbiele krwotoczne jajnika / <i>Haemorrhagic ovary cysts</i> Pęknięcie jajnika, skręcenie przydatków / <i>Rupture of the ovary, adnexal torsion</i> | 55 | 55 (28,2) |
| 3. | Torbiele surowicze / <i>Serous cysts</i> Torbiele dermoidalne / <i>Dermoid cysts</i> Gruzołakowłóknaki, torbiele śluzowe / <i>Fibroadenoma, mucous cyst</i> Ropniak jajowodu / <i>Paraovarian cyst</i> | 16 7 8 15 | 46 (23,6) |
| 4. | Torbiele surowicze jajowodu / <i>Serous cyst of fallopian tube</i> Zrosty w okolicy przydatków / <i>Adhesions in the adnexa region</i> | 8 2 | 10 (5,1) |
| 5. | Krwawienie z jajnika, jajowodu / <i>Ovarian haemorrhage, salpingorrhagia</i> Ciąża ektopowa / <i>Ectopic pregnancy</i> | 10 4 | 14 (7,2) |
| 6. | Ropniak jajowodu, jajnika, przewlekłe zapalenie jajowodu, gruźlicze zapalenie jajowodu <i>Pyosalpinx, pyoovarium, chronic salpingitis, tuberculous salpingitis</i> | 12 | 12 (6,2) |
| 7. | Mięśniaki i endometrioza macicy / <i>Leiomyoma et endometriosis of the uterus</i> | 9 | 9 (4,6) |
| 8. | Torbiele endometriotyczne / <i>Endometrioid cysts</i> Endometrioza tkanki podskórnej / <i>Endometriosis of subcutaneous tissue</i> | 5 2 | 7 (3,67) |
| 9. | Wypadanie macicy / <i>Uterine prolapse</i> Nadżerka, przerost szyjki macicy / <i>Cervical erosion, colpoptosis</i> | 5 2 | 7 (3,6) |
| 10. | Rak jajnika / <i>Ovarian cancer</i> Rak szyjki macicy / <i>Cervical carcinoma</i> | 4 2 | 6 (3,1) |
| 11. | Ciało obce w jamie otrzewnej / <i>Foreign body in peritoneal cavity</i> Pęknięcie pochwy / <i>Rupture of the vagina</i> | 1 1 | 2 (1,0) |

nalnego miasteczka nie interesuje fakt, jakiej specjalności lekarz ją operuje, ważne jest dla niej, żeby zabieg był wykonany w odpowiedni sposób.

W przypadku niewłaściwego leczenia, na przykład zaniechania koniecznego leczenia operacyjnego, skutki dla zdrowia i życia chorej mogą być tragiczne. Może to również powodować określone konsekwencje prawne. Niezwykle istotne jest właściwe zakwalifikowanie chorej pacjentki już w izbie przyjęć. Pacjentka przypisana do niewłaściwego schorzenia może być w konsekwencji diagnozowana i leczona błędnie, co miewa tragiczne skutki dla zdrowia i życia. Patomorfolodzy taki ciąg zdarzeń określają od dawna — w sposób skrótowy, ale dokładnie oddający istotę problemu — jako „chorobę etykietki”. Najgorzej, gdy przypisana pacjentce „etykieta” diagnostyczno-lecznicza zostaje skorygowana dopiero przez patomorfologa.

Niewłaściwa diagnoza postawiona przed zabiegiem operacyjnym — stwierdzona podczas zabiegu — jest zawsze w jakimś sensie porażką lekarza operującego. Wówczas powstaje pytanie, czy przed zabiegiem wykorzystano wszystkie możliwości diagnostyki laboratoryjnej, obrazowej i konsultacji lekarzy innych specjalności. Oczywiście w przypadku schorzeń narządów płciowych często można się spotkać z dezinformowaniem lekarza przez pacjentkę, ukrywaniem przez nią jej dolegliwości itp. Wynika to także z niechęci niektórych kobiet do badań ginekologicznych.

Operacje narządów płciowych, szczególnie przydatków, wykonywane u dziewcząt i młodych kobiet, a także zbędne interwencje chirurgiczne, mogą mieć niekorzystny wpływ na płodność. Może się do tego również przyczyniać brak lub niewłaściwa informacja, na przykład dotycząca konieczności kontynuacji po leczeniu operacyjnym leczenia farmakologicznego czy konsultacji ginekologicznych. Ponadto lekarze chirurdzy nie zawsze preferują oszczędzający sposób operowania narządów płciowych.

W Polsce większość ciąż i porodów, nie tylko pierwszych, ale wszystkich w życiu kobiety, ma miejsce do 30 rż. Warto zwrócić uwagę na fakt, że wykonuje się duży odsetek operacji na przydatkach w grupach pacjentek w wieku do 21 i 30 lat — odpowiednio 26,7% i 43,6%.

W latach 1985–1994 pacjentki rzadko odbywały konsultacje ginekologiczne, a także uczestniczyły w zabiegach ginekologicznych skojarzonych z zabiegami chirurgicznymi. Takie postępowanie przyjęte w arbitralny sposób przez zespół chirurgiczny trwało do 1994 roku. Odbywało ono od modelu współpracy ginekologiczno-chirurgicznej, przyjętego ogólnie w kraju i prezentowanego w piśmiennictwie [1–2, 4, 5].

W latach 1995–1999 odnotowano znamienne obniżenie odsetka (do 1,3%) operacji ginekologicznych w odniesieniu do całego 15-letniego okresu (2,0%), a szczególnie do lat 1985–1994, kiedy odsetek tego typu operacji wynosił 2,3%.

Analiza 15-letniej dokumentacji wykazała, że większość decyzji (73,8%) o rozszerzeniu zakresu operacji o zabieg ginekologiczny zapadała podczas operacji, gdy była możliwa śródoperacyjna ocena narządów jamy brzusznej.

Niewątpliwie na fakt tak dużej liczby kobiet hospitalizowanych na oddziale chirurgicznym z powodu schorzeń

important. The patient “ascribed” with an inadequate description of the disease is later misdiagnosed and can be ill-treated as a result, with tragic consequences for her health and life. This kind of chain of events is well-known to pathologists and they have named the problem, concisely and appropriately “label disease”. The worst is when the diagnostic-therapeutic “label” is verified by the pathologist.

Misdiagnosis prior to surgery and only discovered during the operation, is always in a sense, the failure of the operator. Then the question always arises if all the laboratory and imaging diagnostic potential as well as consultation by other specialists was used beforehand. In the case of diseases affecting sexual organs there is certainly a possibility that the doctor might have been misinformed by his patient herself, hiding her complaints, etc.; also some women are unwilling to undergo gynaecological examination.

The operations on sexual organs, and on the adnexa particularly, in teenage girls and young women and needless surgical interventions can affect fertility and ability to have children. Missing or improper information, *e.g.* as to the necessity to continue pharmacological treatment and gynaecological check-ups may also contribute greatly in that respect. Besides, surgery sparing sexual organs is not always preferred by surgeons.

In Poland the majority of pregnancies and deliveries, not only the first but taken all together, occur before the woman turns 30. It is therefore noteworthy that in both groups of patients, up to 21 and 30, the percentage of operations on the adnexa is high: 26.7% and 43.6% respectively.

In 1985–1994 especially, the patients were consulted by a gynaecologist infrequently, also gynaecologists’ involvement in gynaecological operations combined (or not) with other surgery was irregular. This kind of protocol assumed arbitrarily by the surgical team had been used till 1994. It was very different from the model of gynaecological-surgical cooperation widely accepted all over the country and presented in the literature [1–2, 4, 5].

In 1995–1999 the proportion of gynaecological surgeries has decreased significantly to 1.3% with reference to the whole 15-year period studied (2.0%), especially when compared to the decade 1985–1994 with a corresponding value 2.3%.

The analysis of medical records covering 15 years found that the majority of decisions (73.8%) to include gynaecological surgery into the procedure was made intraoperatively when more detailed assessment of the abdominal organs was possible.

Undoubtedly, lower diagnostic potential of diagnostic imaging the abdominal organs in the first 5-year period and poor quality diagnostic USG equipment in the following 5 years account for the fact that a great number of teenage girls and young women with gynaecological problems was handled by the surgical ward.

The advances in anaesthesiology, prophylactic perioperative use of antibiotics and the prophylaxis of clots and emboli have produced the situation that we have today: large surgical-gynaecological operations performed

ginekologicznych wpływały mniejsze możliwości w zakresie diagnostyki obrazowej narządów jamy brzusznej w pierwszym z analizowanych 5-letnich okresów, a w następnym 5-leciu wyposażenie w aparaturę diagnostyczną (USG) o niskich parametrach.

Postępy anestezjologii, profilaktyczne okołooperacyjne stosowanie antybiotyków i profilaktyka zakrzepowozatorowa spowodowały, że obecnie jednoczesne wykonywanie nawet rozległych operacji chirurgiczno-ginekologicznych nie zwiększa w istotny sposób ryzyka operacyjnego i pooperacyjnego, a niekiedy zapobiega powikłaniom [1, 3].

Wcześniej konsultacje ginekologiczne pacjentek oddziału chirurgicznego i uczestniczenie ginekologa we wspólnych skojarzonych zabiegach przeprowadzanych zarówno w trybie doraźnym, jak i planowym obecnie jest standardem postępowania.

Należy podkreślić fakt mniejszych kosztów leczenia w przypadku łączenia planowych operacji ginekologicznych i chirurgicznych, co przynosi wymierne korzyści — zarówno pacjentkom, jak i oddziałom [1–3]. W obecnej sytuacji ekonomicznej służby zdrowia ma to istotne znaczenie.

Wnioski

1. W skojarzonych zabiegach chirurgiczno-ginekologicznych dominują operacje przeprowadzane w trybie doraźnym na przydatkach u kobiet w wieku do lat 30.
2. Wprowadzenie nowoczesnej diagnostyki obrazowej narządów jamy brzusznej, a także właściwego modelu współpracy chirurgiczno-ginekologicznej spowodowało znaczne obniżenie odsetka operacji ginekologicznych wykonywanych na oddziale chirurgicznym.

Piśmiennictwo (References)

1. Kłyszajko Cz., Markowski A., Kłyszajko W. Model współpracy ginekologiczno-chirurgicznej w warunkach szpitala terenowego. *Mat. Nauk. XXV Jubil. Zjazd PTG. Warszawa 1994. T. 3, supl.*: 1549–1552.
2. Malecki G., Garlicki R. Skojarzone leczenie operacyjne w oddziale ginekologicznym — operacje ginekologiczno-chirurgiczne. *Lek Wojsk.* 1995; 70: 43–48.

simultaneously do not significantly increase the operative and post-operative risk, even preventing complications occasionally [1, 3].

At present, earlier gynaecological consultation of patients from the surgical wards and gynaecologist's participation in combined surgery, both emergency and planned, has become the standard approach

And last but not least, the costs of therapy involving elective combined large gynaecological-surgical operations are lower. That brings measurable effects both to the patients and hospital wards [1–3], which is extremely important for the present economic state of the health care service.

Conclusions

1. Operations on the adnexa in women aged up to 30 predominate among emergency combined surgical-gynaecological procedures.
2. The introduction of modern diagnostic methods imaging abdominal organs and adequate model of gynaecological-surgical co-operation has resulted in a significantly decreased percentage of gynaecological operations handled by the surgical ward.

3. Schmidt-Matniensen A. Acute disease of the pelvis: differentiation between gynecologist and surgical causes. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde.* 1993; 53: 754–759.
4. Glasz T. Macroscopic pathological evaluation of gynecological surgical specimens-cooperation. *Magyar Noorvosoklapja.* 1999; 62: 367–372.
5. Stevens M.L. Combined gynecologic surgical procedures and cholecystectomy. *Am J Obstet Gynecol.* 1984; 149: 350–354.

Adres do korespondencji (Address for correspondence):

Dr med. Dobrosława L. Sikora-Szcześniak
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny
Oddział Ginekologiczno-Położniczy
ul. Aleksandrowicza 5
26–600 Radom
tel.: (048) 366–99–99
e-mail: grzela71@wp.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 27.03.2003 r.

