

**Γυναικολογικά χειρουργεία της Μαιευτικής και Γυναικολογικής κλινικής του  
Πανεπιστημίου Θεσσαλίας από 6/2016 έως 6/2018.**

**ΓΑΪΤΑΝΙΔΟΥ ΣΟΥΛΤΑΝΑ  
ΜΑΙΑ**

Εγκρίθηκε από τα Μέλη της εξεταστικής επιτροπής:

1<sup>ος</sup> Εξεταστής : Αλέξανδρος Ι. Δαπόντε

(Επιβλέπων) Καθηγητής Μαιευτικής και Γυναικολογίας  
Πανεπιστημίου Θεσσαλίας .

2<sup>ος</sup> Εξεταστής : Χριστίνα Μεσσήνη

(Σύμβουλος) Λέκτορας Μαιευτικής και Γυναικολογίας  
Πανεπιστημίου Θεσσαλίας.

3<sup>ος</sup> Εξεταστής : Λουλούδα Παπαστεργιοπούλου

(Μέλος) Διευθύντρια ΕΣΥ, Μαιευτικής και Γυναικολογικής Κλινικής  
Πανεπιστημίου Θεσσαλίας.

## ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού προγράμματος Σπουδών «Βιολογία της Αναπαραγωγής» του τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας.

Πρώτα από όλα θα ήθελα να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα της διπλωματικής μου εργασίας κ. Αλέξανδρο Ι. Δαπόντε, καθηγητή Μαιευτικής και Γυναικολογίας του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας για την πολύτιμη βοήθεια και καθοδήγησή του αλλά και για την ευκαιρία που μου έδωσε να ασχοληθώ με ένα τόσο ενδιαφέρον θέμα.

Επίσης, θέλω να ευχαριστήσω και τα υπόλοιπα μέλη της εξεταστικής επιτροπής την Διευθύντρια του ΕΣΥ κα Παπαστεργιοπούλου Λουλούδα και την κα Χριστίνα Μεσσήνη Λέκτορα Μαιευτικής και Γυναικολογίας, που με τίμησαν με τη συμμετοχή τους στην τριμελή επιτροπή, καθώς και για τις πολύτιμες υποδείξεις τους.

Γαϊτανίδου Σουλτάνα

«Γυναικολογικά χειρουργεία της Μαιευτικής και γυναικολογικής κλινικής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας από 6/2016 έως 6/2018»

ΓΑΪΤΑΝΙΔΟΥ ΣΟΥΛΤΑΝΑ

Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Ιατρικής 2018.

ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ Ι. ΔΑΠΟΝΤΕ

ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑΣ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

- Επιβλέπων: Αλέξανδρος Ι. Δαπόντε  
Καθηγητής Μαιευτικής Γυναικολογίας  
Πανεπιστημίου Θεσσαλίας
- Σύμβουλος: Χριστίνα Μεσσήνη  
Λέκτορας Μαιευτικής και Γυναικολογίας  
Πανεπιστημίου Θεσσαλίας
- Μέλος: Λουλούδα Παπαστεργιοπούλου  
Διευθύντρια ΕΣΥ Μαιευτικής Γυναικολογικής Κλινικής  
Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

## Περίληψη

**Εισαγωγή:** Τα γυναικολογικά χειρουργεία αποτελούν την θεραπεία επιλογής για τα περισσότερα γυναικολογικά προβλήματα. Η ανάπτυξη της τεχνολογίας, όπου έφερε επανάσταση στην ενδοσκοπική γυναικολογική χειρουργική, η συμβολή της αναισθησιολογίας αλλά και της αντισηψίας, οδήγησαν στην ολοένα και αυξανόμενη επιτυχία των γυναικολογικών χειρουργείων και στην θεραπεία με όλο και λιγότερες μετεγχειρητικές επιπλοκές.

**Σκοπός:** Σκοπός της παρακάτω εργασίας είναι η παρουσίαση των επικρατέστερων γυναικολογικών χειρουργείων και η καταγραφή τους κατά την χρονική περίοδο 06/2016 έως 06/2018 στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Λάρισας προκειμένου να παρατηρήσουμε την συχνότητα του κάθε χειρουργείου, το χρόνο παραμονής των ασθενών μετά από κάθε χειρουργείο, τις ηλικίες των ασθενών ανά χειρουργική επέμβαση όπως και τις επιπλοκές που παρουσίασαν και τα αποτελέσματα των ιστολογικών εξετάσεών τους.

**Μέθοδος:** Συλλέχθηκαν στοιχεία των γυναικών από την ηλεκτρονική καταγραφή των ασθενών που νοσηλεύτηκαν αλλά και από αρχειοθετημένους φακέλους του νοσοκομείου με την άδεια του καθηγητή της κλινικής και του Επιστημονικού Συμβουλίου του Νοσοκομείου. Έγινε καταρχήν αναλυτική καταγραφή και έπειτα κατηγοριοποιήθηκαν οι ασθενείς.

**Αποτελέσματα:** Από την καταγραφή συμπεραίνουμε ότι τα επικρατέστερα χειρουργεία είναι η ολική υστερεκτομή και από τις μικρές χειρουργικές επεμβάσεις οι αποξέσεις-υστεροσκοπήσεις. Ενώ οι συνηθέστερες επιπλοκές είναι η αύξηση της θερμοκρασίας >38.2.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΣΤΑ ΑΓΓΛΙΚΑ

Introduction: Gynecological surgery is considered the best treatment option for the majority of the gynecological problems. The advancement of technology, brought revolution in endoscopic gynecological surgery. The contribution of anesthesiology and antisepsis led to an evergrowing success of gynecological surgery and the curement of difficult gynecological disorder with decreased number of post-surgery complications.

Goal: The goal of this paper is to present the major gynecological surgeries and to track them during the time frame of 06/2016 to 06/2018 taking place in University Hospital of Larissa, in order that we observe the frequency of each patient, the agegroup of the patients in each surgery, as well as the complications that arose and results of their histological examination.

Methodology: Female patient. Data was collected from the electronic record of the hospitalized patients and also from the archived files of the hospital with permission from the professor of the clinic and from the scientific council of the hospital. There was an initial analytical record and then a patient categorization.

Results: From the record we could that the most frequent small surgery is ablation-hysteroscopy and the most common complications are wound suppuration and temperature increase over 38<sup>0</sup> C.

# ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

## 1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

- 1.1) Η συμβολή της χειρουργικής στην γυναικολογία
- 1.2) Ανατομία του γυναικολογικού συστήματος
- 1.3) Έσω γεννητικά όργανα
- 1.4) Έξω γεννητικά όργανα

## 2. ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΑ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ

- 2.1) Υστερεκτομή
- 2.2) Λαπαροσκόπηση
- 2.3) Εκπυρήνιση
- 2.4) Αιδοιεκτομή
- 2.5) Μαρσιποποίηση Βαρθολινειού αδένου
- 2.6) Αποξέσεις-υστεροσκοπήσεις
- 2.7) Κωνοειδής εκτομή

## 3. ΤΑ ΣΤΑΔΙΑ ΤΟΥ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟΥ

- 3.1) Προεγχειρητικό
- 3.2) Διεγχειρητικό
- 3.3) Μετεγχειρητικό

## 4. ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΩΝ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΩΝ ΣΤΟ ΠΑΝΕΜΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΡΙΣΑΣ ΑΠΟ 06/2016 ΕΩΣ 06/2018.

## 5. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

## 6. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

## 1. Εισαγωγή

### 1.1) Η συμβολή της χειρ/κής στην γυναικολογία.

Η συμβολή της χειρουργική στην γυναικολογία είναι αδιαμφισβήτητα πολύ σημαντική. Καθώς η χειρουργική θεραπεία είναι θεραπεία επιλογής για τα περισσότερα γυναικολογικά προβλήματα. Τόσο η ανάπτυξη της τεχνολογίας, όπου έφερε επανάσταση στην ενδοσκοπική γυναικολογική χειρουργική, όσο και η συμβολή της αναισθησιολογίας και της αντισηψίας, οδήγησαν στην άνοδο των ποσοστών επιτυχίας όλων των γυναικολογικών χειρουργείων με όλο και λιγότερες επιπλοκές.

### 1.2) Ανατομία του γυναικείου αναπαραγωγικού συστήματος.

Για να κατανοήσουμε όμως καλύτερα τα γυναικολογικά χειρουργεία, είναι σημαντικό να γνωρίζουμε την ανατομία του γυναικολογικού αναπαραγωγικού συστήματος.

Το γυναικείο γεννητικό σύστημα αποτελείται από τα έσω και έξω γεννητικά όργανα περιλαμβάνονται οι ωοθήκες, οι σάλπιγγες ή ωαγωγοί, ο κόλπος ή κύλεος και η μήτρα.

Στα έξω ανήκουν το εφήβαιο, η κλειτορίδα, τα μεγάλα και μικρά χείλη, ο πρόδρομος του κόλπου, οι βολβοί του προδρόμου και οι βαρθολίνειοι αδένες. Το σύνολο των έξω γεννητικών οργάνων αποτελούν το αιδοίο. Το διαχωριστικό όριο μεταξύ των έσω και έξω γεννητικών οργάνων αποτελεί ο παρθενικός υμένας. (1)

### 1.3) Έσω γεννητικά όργανα

#### Μήτρα

Η μήτρα είναι ένα κοίλο, μυώδες όργανο.

Η ανατομική της θέση είναι στην ελάσσονα πύελο, μέσα στο πλατύ σύνδεσμο, μεταξύ ουροδόχου κύστης και ορθού. Έχει απιοειδές σχήμα και απρτίζεται από τρία μέρη: Τον πυθμένα, το σώμα και τον τράχηλο.

Το σώμα της μήτρας χωρίζεται από τον τράχηλο με τον ισθμό. Εκατέρωθεν του πυθμένα, στα κέρατα της μήτρας, καταλήγουν και εκβάλλουν ο δεξιός και ο αριστερός ωαγωγός αντίστοιχα. Ο τράχηλος είναι το κατώτερο τμήμα της μήτρας και ενώνει την ενδομητρική κοιλότητα με τον κόλπο. Το σώμα της μήτρας απαρτίζεται από τρεις στιβάδες.



Αρχικά, αποτελείται από το περιμήτριο που είναι ο έξω ορογόνος χιτώνας και από το μυομήτριο, διαιρούμενο το ίδιο σε τρεις στιβάδες λείων μυϊκών ινών, που είναι η επόμενη στιβάδα. Ο εσωτερικός χιτώνας που καλύπτει την μητρική κοιλότητα είναι το ενδομήτριο, που είναι ο Βλεννογόνος της μήτρας.

### **Ωοθήκες**

Οι ωοθήκες είναι οι γεννητικοί αδένες της γυναίκας και το σχήμα τους είναι ελλειψοειδές και αποπλατυσμένο. Βρίσκονται εκατέρωθεν της μήτρας και επικοινωνούν με αυτή μέσω των σαλπίνγων. Η λειτουργία τους είναι η παραγωγή ωαρίων και ορμονών.

### **Σάλπιγγες (ωαγωγοί)**

Οι σάλπιγγες είναι κοίλα όργανα και μαζί με τις ωοθήκες αποτελούν τα εξαρτήματα. Συνδέουν την μήτρα με τη δεξιά και την αριστερή ωοθήκη αντίστοιχα και ο ρόλος του είναι η λήψη του ωαρίου μετά την ωοθυλακιορρηξία, η ρύθμιση κατάλληλου περιβάλλοντος για την επίτευξη της γονιμοποίησης και η μεταφορά του τυχόν γονιμοποιημένου ωαρίου στην ενδομητρική κοιλότητα. Διακρίνονται σε τέσσερα μέρη κατευθυνόμενες από τις ωοθήκες προς την μήτρα: τον κώδωνα, την λήκυθο, τον ισθμό και το διάμεσο (ενδομήτριο) τμήμα.

### **Κόλπος**

Ο κόλπος είναι ινομυώδης κυλινδρικός σωλήνας και εκτείνεται μεταξύ του τραχήλου της μήτρας και του αιδοίου.

Έμπροσθέν του βρίσκεται η ουροδόχος κύστη και όπισθεν αυτού το ορθό.

Αποτελείται από το σώμα και το άνω και κάτω άκρο. Το άνω άκρο περιβάλλει το ενδοκολπικό τμήμα του τραχήλου της μήτρας, δημιουργώντας τους θόλους του κόλπου: τον πρόσθιο, τον οπίσθιο και τους δύο πλάγιους. Το κάτω άκρο του κόλπου συνάπτεται με τον πρόδρομο του αιδοίου μέσω ενός στομίου, γύρω από το οποίο υπάρχει ο παρθενικός υμένας αποτελούμενος από συνδετικό ιστό.

## 1.4) Έξω γεννητικά όργανα

### **Εφήβαιο**

Αποτελεί μία τρίγωνη προβολή προθίως των ηβικών οστών με βάση το υπογάστριο και κορυφή καταλήγουσα προς τα κάτω, άνωθεν του πρωκτού. Συνιστάται από λιπώδη ιστό και καλύπτεται από τριχωτό δέρμα.

### **Μεγάλα χείλη**

Τα μεγάλα χείλη αποτελούν Ινολιπώδεις δερμάτινες πτυχές. Οι εξωτερικές επιφάνειές τους καλύπτονται από τρίχωμα που αποτελεί τη συνέχεια του τριχώματος του εφήβαιου, ενώ οι εσωτερικές τους επιφάνειες είναι άτριχες, έχουν χρώμα ρόδινο και μοιάζουν με βλεννογόνο. Εκτείνονται από το εφήβαιο προς τα κάτω και πίσω και συνδέονται μεταξύ τους στη μέση γραμμή μπροστά από τον πρωκτό.

### **Μικρά χείλη**

Βρίσκονται εντός των μεγάλων χειλέων και συνιστούν και αυτά πτυχές του δέρματος με άφθονους σημηματογόνους αδένες. Το πρόσθιο άκρο τους περιβάλλει εκατέρωθεν την κλειτορίδα, ενώ τα οπίσθια συνενώνονται και σχηματίζουν το χαλινό των μικρών χειλέων.

### **Κλειτορίδα**

Βρίσκεται μεταξύ των μεγάλων χειλέων, είναι στυτικό όργανο και έχει μήκος 3-4 εκατοστά. Αποτελείται από τα σκέλη, το σώμα και τη Βάλανο.

### **Πρόδρομος του κόλπου**

Ο πρόδρομος του κόλπου σχηματίζεται από το κάτω μέρος του χαλινού της κλειτορίδας και από τα μικρά χείλη. Σ' αυτόν εκβάλλουν η ουρήθρα και ο κόλπος.

### **Βαρθολίνειοι αδένες**

Οι βαρθολίνειοι αδένες βρίσκονται εντός των μεγάλων χειλέων και εκκρίνουν βλέννα κατά τη διάρκεια της συνουσίας με εκφορητικό πόρο 1 εκατοστού για την διευκόλυνση της πράξης.

## **Βολβοί**

Είναι αμυγδαλοειδούς σχήματος, βρίσκονται στα πλάγια τοιχώματα του κόλπου και αποτελούνται από πυκνό φλεβικό πλέγμα.

Κατά την συνουσία διογκώνονται λόγω της πλήρωσης των φλεβών με αίμα, στενεύοντας το στόμιο του κόλπου. (1)

## **2. Γυναικολογικά Χειρουργεία**

Αντίθετα με παλιότερα έτη, όπου τα γυναικολογικά χειρουργεία ήταν πολύωρα και αρκετά δύσκολα, σήμερα με την ανάπτυξη της τεχνολογίας και την σωστή επαγγελματική καταρτική των χειρουργών (γυναικολόγων) μειώθηκε κατά πολύ ο χρόνος διάρκειας, ακόμα και των πιο δύσκολων γυναικολογικών χειρουργείων και σημειώθηκε σημαντική αύξηση στο ποσοστό επιτυχίας τους. Να σημειωθεί, βέβαια, και η σημαντική συμβολή της αναισθησιολογίας προς τον σκοπό αυτό.

**2.1)** Μια από τις πιο συνηθισμένες επεμβάσεις και σε μερικές χώρες αρκετά συχνή, π.χ. στη Μεγάλη Βρετανία 1 στις 6 γυναίκες, είναι η υστερεκτομή. Πρόκειται για τη δεύτερη πιο συχνή γυναικολογική επέμβαση μετά την καισαρική τομή. (2)

Η υστερεκτομή εκτελείται πιο συχνά για τους παρακάτω λόγους, εφόσον δεν υπάρχει άλλη ικανοποιητική εναλλακτική λύση:

- α) Καρκίνος ενδομητρίου
- β) Βαριά ενδομητρίωση
- γ) Ινομώματα
- δ) Βαριά, ακατάσχετη αιμορραγία
- ε) Προεκβολή της μήτρας από τον κόλπο
- στ) Αδενομύωση
- ζ) Χρόνια φλεγμονή πυέλου που δεν αντιμετωπίζεται με συντηρητική αγωγή.

Η υστερεκτομή είναι διαφόρων ειδών.

- α) Ολική υστερεκτομή, όπου αφαιρείται ολόκληρη η μήτρα μαζί με τον τράχηλο.

β) Στην μερική ή υφολική υστερεκτομή, όπου ο τράχηλος παραμένει στη θέση του.

γ) Στην ολική υστερεκτομή μετά των εξαρτημάτων, όπου αφαιρείται η μήτρα, ο τράχηλος, οι σάλπιγγες και οι ωοθήκες.

δ) Στη ριζική υστερεκτομή, που γίνεται συνήθως σε περίπτωση καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, εδώ η επέμβαση είναι πολύ πιο εκτεταμένη και περιλαμβάνει επιπλέον αφαιρέσει του επάνω του κόλπου και μερικών λεμφαδένων της πυέλου.

Η διαδικασία γίνεται υπό γενική ή επισκληρίδιο αναισθησία και μπορεί να γίνει με τρεις τρόπους:

- i. Διακοιλιακή, με τομή στην κοιλιά. Ο χειρουργός κάνει συχνά τομή στην κάτω κοιλία, είτε οριζόντια λίγο επάνω από το ηβικό τοίχωμα ή κάθετα από τον ομφαλό μέχρι το ηβικό τοίχωμα.
- ii. Με λαπαροσκοπική μέθοδο, όπου γίνονται τέσσερις μικρές τομές στην κοιλιά και η μήτρα αφαιρείται από τον κόλπο. Σε περίπτωση όμως μεγάλου όγκου ωοθηκών ή της μήτρας, ο χειρουργός θα χρησιμοποιήσει την κοιλιακή μέθοδο.
- iii. Κολπική υστερεκτομή, όπου αφαιρείται η μήτρα από τον κόλπο χωρίς να γίνεται καμία τομή στην κοιλιά.

Η Κολπική υστερεκτομή ενδείκνυται στις εξής περιπτώσεις:

- α) Πρόπτωση μήτρας
- β) Αιμορραγίες μήτρας
- γ) Μικρά ινομύματα
- δ) υπερπλασία ενδομητρίου
- ε) αδеноμύωση
- στ) Δυσπλασία τραχήλου (CIN)

Τα πλεονεκτήματα της κολπικής υστερεκτομής σε σύγκριση με την κοιλιακή είναι ότι η κολπική υστερεκτομή αφήνει άθικτη την επιδερμίδα της κοιλιάς, αφού δεν γίνεται καμία τομή στην κοιλιά. Μειώνεται σημαντικά ο κίνδυνος των επιπλοκών, τόσο των Βραχυπρόθεσμων όσο και των μακροπρόθεσμων.

Χρειάζεται λιγότερος χρόνος νοσηλείας. Ο μετεγχειρητικός πόνος είναι σαφώς λιγότερος και μικρότερης έντασης και η ανάρρωση γίνεται πολύ πιο γρήγορα.

Κατά την κοιλιακή υστερεκτομή αν κριθεί απαραίτητο μπορεί να αφαιρεθούν και σάλπιγγες και οι ωοθήκες μέσω του κόλπου, μαζί με την μήτρα. Αυτό ονομάζεται κοιλιακή υστερεκτομή μετά των εξαρτημάτων.

Σε κάποιες περιπτώσεις γίνεται κοιλιακή υστερεκτομή λαπαροσκοπικά υποβοηθούμενη (LAVH). Σε αυτήν την περίπτωση η λαπαροσκοπική προσέγγιση αφορά μόνο τη διατομή κάποιων συνδέσμων της μήτρας και των ωοθηκών. Οι υπόλοιποι χειρισμοί πραγματοποιούνται κοιλικά. (3)

Η κοιλιακή υστερεκτομή αντενδείκνυται για τις γυναίκες που έχουν ινομυωματώδη μήτρα μεγάλου μεγέθους ή παρουσιάζουν κακοήθεια ή κάποια πυελική πάθηση και υπάρχουν πολλαπλές συμφύσεις. (3)

Επίσης κατά την ίδια επέμβαση της κοιλιακής υστερεκτομής μπορεί ταυτόχρονα να γίνει κοιλιακή επιδιόρθωση των ουρογυναικολογικών προβλημάτων που, ίσως, έχει μια γυναίκα (ακράτεια ούρων, κυστεοκήλη, ορθοκήλη). Κινητοποιώντας την ουροδόχο κύστη ή το έντερο και τοποθετώντας τα στην φυσιολογική τους θέση στην πύελο αποκαθίσταται το πρόβλημα (πρόσθια, οπίσθια κολπορραφία).

Παρά την προσεκτική πραγματοποίηση της υστερεκτομής, ο χειρουργός δεν μπορεί να εγγυηθεί την απουσία των επιπλοκών. Κατά την διάρκεια της επέμβασης μπορεί να προκληθεί αιμορραγία, η οποία αντιμετωπίζεται άμεσα, ενώ αν υπάρξει αιμορραγία μετά την επέμβαση θα πρέπει να αντιμετωπιστεί με δεύτερη επέμβαση. Στη διάρκεια της επέμβασης μπορεί να υπάρξει τραυματισμός γειτονικών οργάνων και ιδιαίτερα της ουροδόχου κύστης, της ουρήθρας και του εντέρου, αυτοί οι τραυματισμοί αποκαθίστανται άμεσα. (3)

**2.2)** Επίσης συνηθισμένη γυναικολογική επέμβαση είναι και η λαπαροσκόπηση, όπου μαζί με την υστεροσκόπηση, αποτελούν την ενδοσκοπική γυναικολογική χειρουργική. Η λαπαροσκόπηση βασίζεται στην επισκόπηση με τηλεσκοπική κάμερα οπτικής ίνας (κρύο φως) των έσω οργάνων, χωρίς την διάνοιξη των κοιλιακών τοιχωμάτων.

Η ενδοσκόπηση χρησιμοποιείται με επιτυχία εδώ και αρκετά χρόνια σε όλες τις γυναικολογικές επεμβάσεις. Η επέμβαση αυτή πραγματοποιείται διαμέσου μικρών τομών (5 έως 11 χιλιοστών) αφού η κοιλιακή χώρα έχει διογκωθεί πρώτα με αέριο Co<sub>2</sub> για την διευκόλυνση των χειρουργικών χειρισμών. Η μέθοδος αυτή στηρίζεται στη σύγχρονη άποψη της παγκόσμιας χειρουργικής για την ελάχιστη δυνατή επεμβατική χειρουργική (minimally invasive surgery). Η αυτοφωτιζόμενη τηλεσκοπική κάμερα και τα ειδικά

λαπαροσκοπικά εργαλεία περνούν μέσα στην κοιλιακή χώρα από τις μικρές τομές και αποτελούν ουσιαστικά προέκταση των χεριών του χειρουργού, επιτρέποντάς του να τα χρησιμοποιήσει έξω από το σώμα και να πραγματοποιεί χειρουργικές επεμβάσεις στο εσωτερικό της κοιλιάς. Η όλη επέμβαση προβάλλεται σε οθόνες τηλεόρασης, οπ' όπου ο χειρουργός βλέπει και χειρουργεί και καταγράφει ψηφιακά. (4)

Τα πλεονεκτήματα είναι πολλά:

με την μεγέθυνση που παρέχει η κάμερα, ο γυναικολόγος έχει τη δυνατότητα να δει με μεγάλη λεπτομέρεια ανατομικά στοιχεία που με την ανοιχτή μέθοδο δε θα ήταν εύκολο να διακριθούν. Επίσης, μπορεί να ελέγξει όχι μόνο την πάσχουσα περιοχή ή το πάσχον όργανο, αλλά όλη την ενδοκοιλιακή χώρα.

Ακόμη η απουσία χειρουργικής τομής μειώνει σημαντικά το εγχειρητικό στρες και τον μετεγχειρητικό πόνο. Ο ελάχιστος μετεγχειρητικός πόνος μπορεί να οφείλεται στο αέριο (Co<sub>2</sub>) με το οποίο έχει διογκωθεί η κοιλιακή χώρα.

Η ασθενής κινητοποιείται γρηγορότερα και παίρνει εξιτήριο, αν όχι την ίδια μέρα, την επόμενη και έτσι μειώνονται οι πιθανές μετεγχειρητικές επιπλοκές. (4)

#### **Κύριες εφαρμογές της λαπαροσκοπήσεις:**

- 1) Διαγνωστική λαπαροσκόπηση για πυελικό άλγος ή για διερεύνηση υπογονιμότητας.
- 2) Πλαστική σαλπίνγων, αφαίρεση ή απολίνωση σαλπίνγων
- 3) Διάγνωση και θεραπεία έκτοπης κύησης
- 4) Διάγνωση και θεραπεία ενδομητρίωσης
- 5) αφαίρεση κύστεων ωοθήκης
- 6) Αφαίρεση ινομυωμάτων
- 7) Λαπαροσκοπική υφολική ή ολική υστερεκτομή με ή χωρίς εξαρτήματα
- 8) Λαπαροσκοπική ανάρτηση μήτρας
- 9) Λαπαροσκοπικός λεμφαδενικός καθορισμός.

Όπως είναι γνωστό δεν υπάρχει χειρουργική επέμβαση δίχως επιπλοκές. Έτσι και στην λαπαροσκόπηση υπάρχει μια πιθανότητα ο χειρουργός να χρειαστεί να ανοίξει το κοιλιακό τοίχωμα και να οδηγηθούμε σε λαπαροτομία, αν υπάρχουν π.χ. πολλές συμφύσεις, μεγάλες ενδοκοιλιακές μάζες που προκαλούν δυσκολία στους χειρισμούς. (4)

**2.3)** Η εκπυρήνιση ινομυωμάτων είναι άλλη μία γυναικολογική επέμβαση κατά την οποία αφαιρούνται τα ινομυώματα από τη μήτρα, με ταυτόχρονη διατήρηση της μήτρας. Για μια τέτοια επέμβαση πρέπει να γίνει πολύ προσεκτική επιλογή ασθενών και συνιστάται μόνο αν τα ινομυώματα είναι συμπτωματικά και αν η θέση τους είναι τέτοια, ώστε μετά την αφαίρεσή τους να μένει μία λειτουργική μήτρα. Η επέμβαση πρέπει να γίνεται με μεγάλη προσοχή σε ότι αφορά κυρίως τη διόρθωση του σχήματος της μήτρας καθώς και τη διατήρηση και βελτίωση της αναπαραγωγικής ικανότητας της γυναίκας.

**2.4)** Οι αλλοιώσεις στην περιοχή του αιδοίου είναι άλλο ένα σύνηθες γυναικολογικό πρόβλημα. Η χειρουργική επέμβαση που θα ακολουθήσει, εξαρτάται από τη σοβαρότητα της κατάστασης. Η τοπική εκτομή χωρίς λεμφαδενικό είναι η θεραπεία εκλογής. Αν θα γίνει εξαίρεση και των λεμφαδένων εξαρτάται από την ταχεία βιοψία διαγχειρητικά, η ριζική αιδοιεκτομή γίνεται με 3 ξεχωριστές τομές δηλαδή αυτή που αφαιρεί το αιδοίο και αυτές που γίνονται για αμφοτερόπλευρο λεμφαδενικό καθαρισμό. Σε πολύ εκτεταμένο καρκίνωμα του αιδοίου γίνεται και αφαίρεση των πυελικών λεμφαδένων.

**2.5)** Μικρότερης επικινδυνότητας χειρουργείο, είναι το χειρουργείο που γίνεται στους βαρθολίνειους αδένες. Όταν ο αγωγός των βαρθολινείων που φέρει τη βλέννη προς τα έξω φράξει για κάποιο λόγο ο αδένας διογκώνεται και μαζεύει υγρό σχηματίζοντας μια κύστη. Αν η κύστη μεγαλώσει αρκετά, μπορεί να δώσει συμπτώματα όπως πόνο και δυσπαρέυνεια. Όταν ο αδένας μολυνθεί από κάποιο μικρόβιο τότε ο αδένας ή η κύστη γεμίζει πύον και προκαλεί έντονο πόνο, ερυθρότητα και ερεθισμό της περιοχής. Στην περίπτωση του επώδυνου αποστήματος, διενεργείται μια μικρή τομή με νυστέρι και τοπική αναισθησία και παροχετεύεται το πύον. Σε περίπτωση υποτροπής, μετά την παροχέτευση του αποστήματος, γίνεται χειρουργείο, υπό γενική αναισθησία και πραγματοποιείται μαρσιποποίηση του βαρθολίνειου αδένου. Γίνεται δηλαδή μία τομή στον αδένου και τοποθετούνται ραφές που κρατούν το τοίχωμα του αδένου με το βλεννογόνο του κόλπου. (5).

Έτσι μένει ο αδένας ανοιχτός μέχρι να κλείσει σταδιακά από μέσα προς τα έξω. Σε σπάνιες περιπτώσεις αφαιρείτε ο αδένας, όταν υπάρχει υποψία καρκίνου.

**2.6)** Επίσης στα μικρά γυναικολογικά χειρουργεία συμπεριλαμβάνονται οι διαγνωστικές και θεραπευτικές αποξέσεις και οι υστεροσκοπήσεις.

Η διαγνωστική απόξεση γίνεται για συλλογή ιστολογικού υλικού από τη μήτρα και την διάγνωση και αντιμετώπιση ποικίλων ασθενειών.

Συγκεκριμένα ο χειρουργός εισάγει στον κόλπο, μετά από κολποσκόπηση, ένα ειδικό εργαλείο το διαστολέα, ο οποίος ανοίγει τον τράχηλο και στη συνέχεια ένα άλλο εργαλείο (κιουρέτα) ή αναρόφηση το οποίο εισέρχεται στη μήτρα και αφαιρεί ιστό. Αυτός ο ιστός θα εξετασθεί από τον παθολόγο ανατόμο.

Όταν κρίνεται απαραίτητο, η διαγνωστική απόξεση συνδυάζεται και με υστεροσκόπηση της μήτρας. Κατά την υστεροσκόπηση, με την βοήθεια του υστεροσκοπίου, το οποίο είναι ένα είδος «τηλεσκοπίου» μικρής διαμέτρου 2,9m.m γίνεται έλεγχος της κοιλότητας της μήτρας των μητριακών στομιών των σαλπίνγων και του αυλού του τραχήλου.

Η θεραπευτική απόξεση μπορεί να συμβεί κατά τη διάρκεια μιας έκτρωσης για την αφαίρεση του ανεπιθύμητου εμβρύου ή και σε άλλες παθολογικές καταστάσεις της μήτρας π.χ. για αφαίρεση ινομώματος (όταν είναι εφικτό), επίσης στις αυτόματες αποβολές και σε ανώμαλη αιμορραγία της μήτρας. (7)

Οι επιπλοκές κατά την απόξεση σχετίζονται με αιμορραγία, φλεγμονή ή διάτρηση της μήτρας και σε δημιουργία συμφύσεων. Οι επιπλοκές αυτές είναι σπάνιες και μπορούν να αντιμετωπιστούν.

**2.7)** Ακόμη ένα χειρουργείο μικρής επικινδυνότητας είναι και το χειρουργείο της κωνοειδής εκτομής.

Αιτία για την πραγματοποίηση αυτού του χειρουργείου είναι οι παθολογικές ή οι ύποπτες αλλοιώσεις στον τράχηλο της μήτρας. Αυτές οι αλλοιώσεις μπορεί να είναι από ήπια παθολογικές έως πρώιμες μορφές καρκίνου.

Κατά την επέμβαση αυτή λαμβάνεται κομμάτι του τραχήλου σε μορφή κώνου, το οποίο θα εξετασθεί από παθολογοανατόμο. Σε πολύ πρώιμα στάδια καρκίνου, η επέμβαση αποτελεί και τη θεραπεία. (8)

Υπάρχουν διάφορες τεχνικές για να πραγματοποιηθεί η επέμβαση, ή με αγκύλη διαθερμίας ή με λέιζερ ή με νυστέρι.



Κατά την διάρκεια της επέμβασης σπάνια μπορεί να υπάρξει τραυματισμός της ουροδόχου κύστης, του ορθού ή αιμορραγία. Επίσης μετά την επέμβαση παραμένει ο κίνδυνος εμφάνισης αιμορραγίας κυρίως λίγες μέρες μετά την επέμβαση όταν απομακρυνθεί η εφελκίδα (κρούστα) από την επιφάνεια του τραύματος.(8)

### 3. Τα στάδια του χειρουργείου

Από το 2000 λειτουργεί το γυναικολογικό τμήμα του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Λάρισας, όπου προγραμματίζονται και εκτελούνται γύρω στα 1500-2000 χειρουργεία το χρόνο, με πάρα πολύ μεγάλο ποσοστό επιτυχίας. Η κλινική διαθέτει τμήμα κλασικής γυναικολογίας, γυναικολογικής ογκολογίας και τμήμα ενδοσκοπήσεων, όπως και τμήμα ουρογυναικολογίας. Η άριστη λειτουργία της κλινικής οφείλεται στην οργάνωση και στην κατάρτιση τόσο του νοσηλευτικού όσο και του ιατρικού προσωπικού, οι οποίοι ακολουθώντας συγκεκριμένες διαδικασίες και πρωτόκολλα λειτουργούν με σκοπό το καλό της ασθενούς που εμπιστεύτηκε την κλινική.

Από τη στιγμή που θα αποφασιστεί ένα χειρουργείο ακολουθούνται 3 στάδια στην κλινική.

- α) Προεγχειρητικό
- β) Διεγχειρητικό
- γ) Μετεγχειρητικό

**3.1)** Στην προεγχειρητική φάση, κατά την οποία, η ασθενής εισέρχεται και εξέρχεται την ίδια μέρα, αν δεν χρειάζεται περαιτέρω νοσηλεία, γίνεται λήψη ιστορικού, κλινική εξέταση και εκτέλεση εργαστηριακών και απεικονιστικών εξετάσεων, πάνω στα οποία θα στηριχθεί ο προεγχειρητικός έλεγχος.

Οι ασθενείς εισάγονται προγραμματισμένα στην γυναικολογική κλινική μια μέρα πριν το χειρουργείο.

Υπάρχει έτοιμος ο φάκελος της ασθενούς από τον προεγχειρητικό έλεγχο, με συγκεκριμένη διάγνωση, η οποία αποτελεί και την ένδειξη για το χειρουργείο, με όλες τις εργαστηριακές και απεικονιστικές εξετάσεις καθώς και τα αποτελέσματα των βιοψιών που τεκμηριώνουν τη διάγνωση. Καταγεγραμμένο στο φάκελο της ασθενούς είναι και το ιστορικό λήψης

φαρμάκων για χρόνια νοσήματα, καθώς πρέπει να είναι γνωστό στο ιατρικό προσωπικό διότι κάποιες κατηγορίες φαρμάκων πρέπει είτε να τροποποιούνται είτε να συνοδεύονται από ειδικές εξετάσεις. Επίσης στο φάκελο θα υπάρχουν ήδη εκτιμήσεις από άλλες ειδικότητες γιατρών, αν έχουν εντοπιστεί κάποια προβλήματα της ασθενούς. Ζητείται να υπογράψει η ασθενής συγκατάθεση για το χειρουργείο και αν κριθεί απαραίτητο, από τους γιατρούς, υπογράφουν και οι οικείοι της.

Μετά ακολουθεί η αναισθησιολογική εξέταση, όπου ο ασθενής εξετάζεται από τον αναισθησιολόγο κλινικά. Ο αναισθησιολόγος κάνει λήψη αναισθησιολογικού ιστορικού και εκτιμά και με βάση τον φάκελο της ασθενούς, το μέγεθος της καταπόνησης του οργανισμού της από την χειρουργική επέμβαση και τη δυνατότητα να ανταπεξέλθει σε αυτή την επιβάρυνση, χωρίς αξιοσημείωτες επιπλοκές.

Πόσο αυξημένος ή όχι είναι ο χειρουργικός κίνδυνος εξαρτάται από το είδος της χειρουργικής επέμβασης, την γενική κατάσταση της ασθενούς και την κύρια χειρουργική νόσο.

Η φυσική και γενική κατάσταση με βάση την κλίμακα ASA (Αμερικανική αναισθησιολογική εταιρεία) (American Society of Anesthesiology) ως εξής:

ASA1: ασθενής χωρίς κανένα πρόβλημα

ASA2: ασθενής με ήπια συστηματική νόσο (π.χ. υπέρταση)

ASA3: ασθενής με σοβαρή συστηματική νόσο που περιορίζει την δραστηριότητα (π.χ. προηγμένη έμφραγμα μυοκαρδίου)

ASA4: ασθενής με συστηματική νόσο που καθιστά ανίκανο και αποτελεί συνεχή και μόνιμη απειλή για τη ζωή του.

ASA5: ετοιμοθάνατος που δεν αναμένεται να επιβιώσει με ή χωρίς χειρουργείο.

ASA6: ασθενής με εγκεφαλικό θάνατο του οποίου τα όργανα λαμβάνονται για μεταμοσχεύσεις.

Άρα λαμβάνοντας υπόψη αυτήν την κλίμακα, ο κίνδυνος του χειρουργείου προκύπτει ως εξής: είδος χειρουργικής επέμβασης + κλίμακα ASA+ κύρια χειρουργική νόσος.

Αφού ολοκληρωθούν όλες αυτές οι εξετάσεις και κριθεί η ασθενής ικανή να ανταπεξέλθει στο χ/ο, ακολουθεί η νοσηλευτική προεγχειρητική προετοιμασία. Αυτή περιλαμβάνει λήψη ζωτικών σημείων ανά 12ωρο και ενημέρωση του νοσηλευτικού δελτίου της ασθενούς. Αναλόγως του είδους

της επέμβασης γίνεται προετοιμασία με υποκλισμό ή με άλλα πιο δραστικά καθαρυστικά και ακολουθεί ο ευπρεπισμός της ασθενούς. Επίσης προγραμματίζεται και το είδος της σίτισης από το νοσηλευτικό προσωπικό. Χορηγούνται αντιθρομβωτικές κάλτσες, οι οποίες τίθενται προ χειρουργείου και εκτελούνται οι όποιες ιατρικές οδηγίες που δίνονται προεγχειρητικά, τόσο από το θέρáπων, όσο και από τον αναισθησιολόγο, ώστε να βελτιωθούν χρόνια προβλήματα της ασθενούς (π.χ. Μέτρηση σακχάρου, βελτίωση βρογχοσπασμού σε ασθματικούς ασθενείς) και έτσι ολοκληρώνεται η διαδικασία της προεγχειρητικής φάσης .

**3.2)** Την επόμενη μέρα, η ασθενής οδηγείται στο χ/ο με τον φάκελό της και την κατάλληλη χειρουργική ένδυση. Αφού ολοκληρωθεί το χειρουργείο, παραμένει στο χώρο ανάνηψης για περίπου 2 ώρες και παρακολουθείται από τους αναισθησιολόγους.

**3.3)** Στόχος όλων είναι, κατά την μετεγχειρητική φροντίδα η υποστήριξη της χειρουργημένης ασθενούς ώστε να επανέλθει ο οργανισμός της, στην φυσιολογική κατάστασή του (αυτή προ του χειρουργείου) με όσο το δυνατό πιο ομαλό τρόπο. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με την έγκαιρη εντόπιση και αντιμετώπιση των μετεγχειρητικών επιπλοκών, τόσο από το ιατρικό, όσο και από το νοσηλευτικό προσωπικό.

Την ημέρα του χειρουργείου δηλ. την «0» Μετεγχειρητική μέρα, γίνεται παραλαβή της χειρουργημένης ασθενούς από την γυναικολογική κλινική. Με την παραλαβή της ασθενούς, άμεσα γίνονται όλες οι απαραίτητες ενέργειες από το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό της κλινικής. Ακολουθεί περιποίηση της ασθενούς από τις νοσηλεύτριες και η λήψη ζωτικών σημείων (Αρτηριακής πίεσης, σφυγμών, θερμοκρασίας σώματος, κορεσμού) παρακολούθηση και καταγραφή διούρησης και κυρίως παρακολούθηση της κλινικής εικόνας και λήψη αίματος για τις απαραίτητες εργαστηριακές εξετάσεις.

Στον ιατρικό φάκελο που συνοδεύει την ασθενή υπάρχει ενημέρωση για την αγωγή της αντιβιοτικής και της αντιπηκτικής (όπου χρειάζεται) και ενημέρωση για την παρεντερική είδος της επέμβασης, τα είδη των παροχετεύσεων και των καθετήρων και τυχόν προβλήματα κατά την διάρκεια της επέμβασης. Ενημερώνεται ο νοσηλευτικός φάκελος της ασθενούς, από τους νοσηλευτές, με βάση όλες αυτές τις οδηγίες ώστε να υπάρχει γνώση εκ μέρους όλου του νοσηλευτικού προσωπικού και πιστή εφαρμογή.

Η 1<sup>η</sup> μετεγχειρητική μέρα είναι αυτή που ακολουθεί την ημέρα της χειρουργικής επέμβασης. Αυτή την μετεγχειρητική μέρα όπως και τη «0» μετεγχειρητική η λήψη των ζωτικών σημείων είναι πρωταρχικής σημασίας όπως και η λήψη αίματος για τις απαραίτητες εργαστηριακές εξετάσεις. Η συχνότητα λήψης ζωτικών σημείων εξαρτάται από τη βαρύτητα της επέμβασης και την γενική κατάσταση της ασθενούς. Η συνηθέστερη λήψη είναι ανά 3 ώρες. Επίσης άλλη μια πρωταρχικής σημασίας προτεραιότητα του προσωπικού κατά τις πρώτες μέρες είναι η συστηματική κάλυψη των ασθενών με αναλγητικά.

Καθώς το Ιατρικονοσηλευτικό προσωπικό γνωρίζει ότι ο πόνος είναι άχρηστος και επιβλαβής και ιδιαίτερα δυσάρεστος και θα πρέπει να αντιμετωπίζετε. Σ' αυτό συμβάλει σημαντικά και η αναισθησιολογία, καθώς οι περισσότεροι ασθενείς έχουν αναισθησιολογικές αντλίες πόνου, οι οποίες μετριάζουν, κατά πολύ, τον πόνο.

Η 1<sup>η</sup> μετεγχειρητική ημέρα, είναι η μέρα κινητοποίησης της ασθενούς, καθώς η έγερσή της, όσο το δυνατόν περισσότερο, συμβάλλει στην επαναλειτουργία του γαστρεντερικού σωλήνα και στην αποφυγή σχηματισμού μετεγχειρητικών θρόμβων. Κατά την μέρα αυτή αρχίζει η από του στόματος χορήγηση υγρών συνήθως τσάι και νερό, (εκτός ορισμένων περιπτώσεων) σύμφωνα πάντα με τις οδηγίες των γιατρών.

Άλλωστε η χορήγηση υγρών στα πλαίσια της μετεγχειρητικής αγωγής απαιτεί τακτικά παρακολούθηση, σε συνδυασμό με την παρακολούθηση της διούρησης, ώστε να υπάρχει ικανοποιητικό ισοζύγιο και απουσία δίψας.

Κατά τη διάρκεια όλων των ημερών που η ασθενής έχει παρεντερική χορήγηση υγρών και ουροκαθετήρα, την περιποίηση της αναλαμβάνει το νοσηλευτικό προσωπικό, 2 φορές το 24ωρο γίνονται πλύσεις κολπικές και σε μερικές περιπτώσεις όπως π.χ. αιδοιοεκτομή, πλύσεις γίνονται ακόμη πιο επιμελημένα, παρακολουθώντας και την πορεία του τραύματος. Η ενδοφλέβια αγωγή τίθεται συνήθως ανά 8ωρο ή 12ωρο όπως και η υπόλοιπη νοσηλεία, σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες. Είναι 24ωρη η καταγραφή της ποιότητας και της ποσότητας των παροχετεύσεων και των καθετήρων (όπου υπάρχουν).

Την 2<sup>η</sup> μετεγχειρητική μέρα συνήθως, όταν όλα εξελίσσονται ομαλά, σταματά η παρεντερική χορήγηση υγρών και αφαιρείται ο ουροκαθετήρας καθώς και η αναισθησιολογική αντλία πόνου. Αρχίζει η χορήγηση υγρών μόνο

από το στόμα και δίδεται υδαρής σίτιση (συνήθως τσάι + φιδέ) με την προϋπόθεση ότι άρχισε, κάπως, να λειτουργεί ο γαστρεντερικός σωλήνας.

Την 3<sup>η</sup> μετεγχειρητική μέρα αφαιρείται και ο φλεβοκαθετήρας και η αγωγή χορηγείται μόνο μέσω του στόματος, όπως επίσης και σιτίζεται με στερεά τροφή, συνήθως κοτόσουπα, αφού έχει προηγηθεί η λειτουργία του γαστρεντερικού σωλήνα.

Κατά την μέρα αυτή γίνεται και έλεγχος του τραύματος, εκτός και αν για κάποιον λόγο (π.χ. εκροή οροαιματηρού υγρού ή οίδημα ή ερυθρότητα ή αιμάτωμα ή αύξηση της θερμοκρασίας) έπρεπε να γίνει νωρίτερα.

Αφαιρείται το επιδερμικό υλικό και -κατά το δυνατό- υπό άσηπτες συνθήκες, γίνεται καθαρισμός του τραύματος με ιωδιούχο διάλυμα και επικάλυψη με αυτοκόλλητη γάζα.

Η επόμενη αλλαγή τραύματος γίνεται κατά την 5<sup>η</sup> μετεγχειρητική (αν νοσηλεύεται ακόμη η ασθενής).

Την 4<sup>η</sup> μετεγχειρητική η ασθενής σιτίζεται ελεύθερα και παίρνει συνήθως εξιτήριο με σαφείς οδηγίες εξόδου.

Βέβαια πρέπει να τονίσουμε ότι είναι συνεχής ο έλεγχος, όλες τις μέρες της νοσηλείας, από το ιατρικό προσωπικό της κλινικής τόσο με τη λήψη των απαραίτητων εξετάσεων, όσο και με την παρακολούθηση της όλης κλινικής εικόνας της ασθενούς και της ενασχόλησής του κατά περίπτωση και ανάλογα με τα θέματα που προκύπτουν σε κάθε ασθενή.

Γίνονται συχνές ιατρικές επισκέψεις και δίνονται σαφείς οδηγίες στο νοσηλευτικό προσωπικό.

Η ψυχολογική ενθάρρυνση των ασθενών, επίσης, έχει κυρίαρχο ρόλο τόσο πριν το χειρουργείο, όσο και στην μετεγχειρητική φάση. Η ασθενής υποστηρίζεται ψυχολογικά και είναι ενήμερη για όλα όσα πρόκειται να συμβούν αφού παίρνει απαντήσεις σε όλες τις απορίες και ανησυχίες που εκφράζει, τόσο από το ιατρικό όσο και από το νοσηλευτικό προσωπικό.

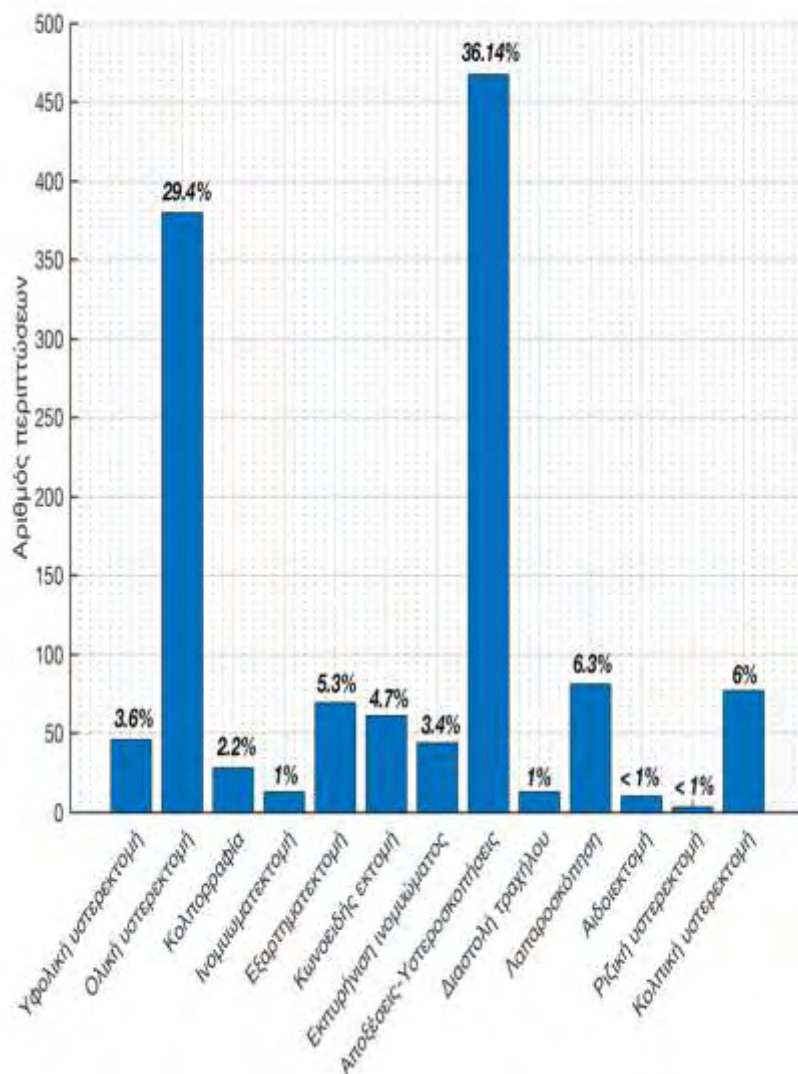
#### **4) Καταγραφή περιστατικών γυναικολογικών χειρουργείων**

Προκειμένου να κατανοήσουμε καλύτερα τα είδη των χειρουργείων, την συχνότητά τους, σε ποιες ηλικίες απευθύνονται, την διάρκεια νοσηλείας για κάθε χειρουργείο και τις επιπλοκές του, έγινε καταγραφή των χειρουργείων της γυναικολογικής κλινικής του Πανεπιστημιακού νοσοκομείου Λάρισας κατά την χρονική περίοδο 06/2016 έως 06/2018.

<b>ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ</b>	<b>ΑΡΙΘΜΟΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΩΝ</b>
Ολικές υστερεκτομές	380
Υφολικές υστερεκτομές	46
Κολπικές υστερεκτομές	77
Ριζικές υστερεκτομές	3
Λαπαροσκοπήσεις	80
Open-close	3
Εκπυρήνιση Ινομυώματος	55
Αφαίρεση μορφώματος ωθήκης και εξαρτηματεκτομές	46 68
Κωνοειδείς εκτομές	60
Αποξέσεις-υστερεσκοπήσεις	467
Αιδοιεκτομές	9
Τοποθέτηση ταινίας TVT, συρραφή κόλπου και πλαστική, οπίσθια και πρόσθια κολποραφία, κολπόκληση, ανάρτηση μήτρας	27
Διαστολή τραχήλου, αφαίρεση τραχηλικής κύησης, μαρσιποποίηση βαρθολίνειου αδένου, διάνοιξη μικρών χειλέων.	12

## Αποτελέσματα

Όπως παρατηρούμε το χειρουργείο με τη μεγαλύτερη συχνότητα είναι η ολική υστερεκτομή. Από τα μικρά γυναικολογικά χειρουργεία πρώτο σε συχνότητα είναι οι αποξέσεις (θεραπευτικές ή διαγνωστικές) και οι υστεροσκοπήσεις.

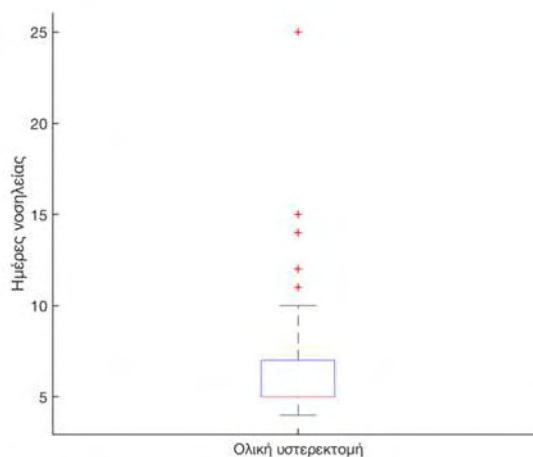


Παρακάτω θα δούμε αναλυτικά για κάθε χειρουργείο, που πραγματοποιήθηκε στο Πανεπιστημιακό νοσοκομείο Λάρισας, στοιχεία που αφορούν:

- Τις ηλικίες των ασθενών που υποβλήθηκαν σε κάθε χειρουργείο.
- Την διάρκεια της νοσηλείας μετά το χειρουργείο.
- Τα αποτελέσματα των ιστολογικών εξετάσεων.
- Και τις τυχόν επιπλοκές που παρουσιάστηκαν μετά τα χειρουργεία στους ασθενείς.

#### 4.1) Χειρουργείο ολικής υστερεκτομής

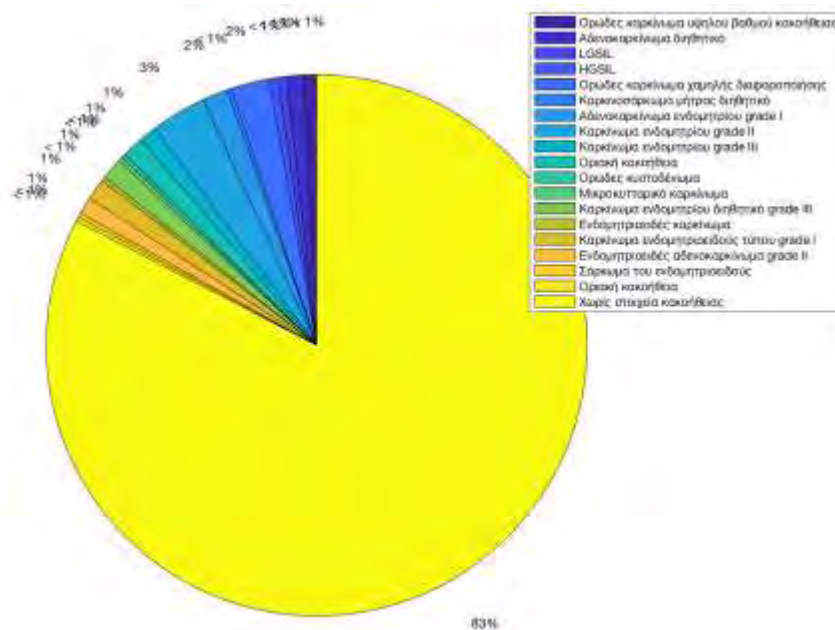
Χειρουργήθηκαν 380 περιπτώσεις ολικής υστερεκτομής με μέσο όρο 6.1 και διάμεσο 5.0 ημερών νοσηλείας, η τυπική απόκλιση ήταν 2.1 ημέρες. Ο μέσος όρος της ηλικίας των ασθενών ήταν 55.4 έτη με τυπική απόκλιση 11.2 έτη και η διάμεσος 52.



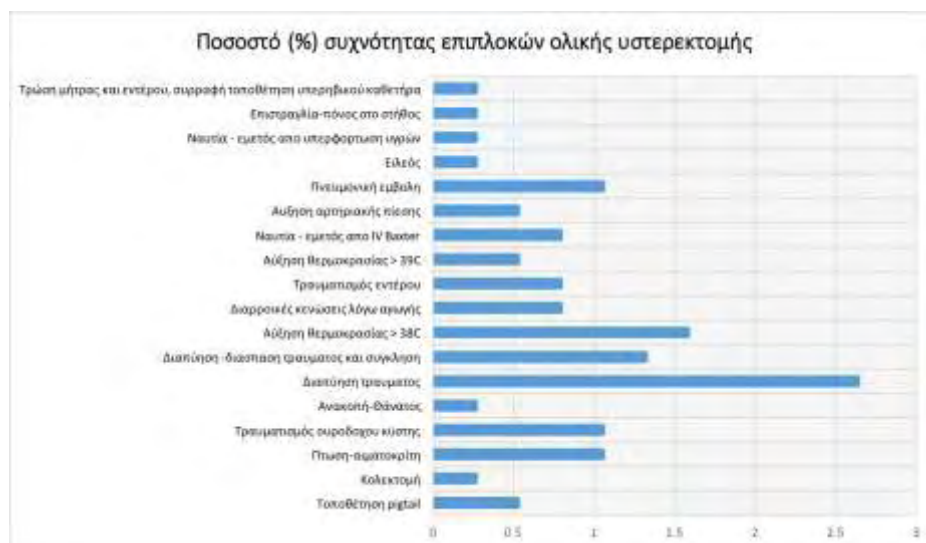
**Σχήμα 4.** Κατανομή των μερών νοσηλείας μετά από ολική υστερεκτομή



Η ανάλυση των ιστολογικών δεδομένων των ασθενών που χειρουργήθηκαν για ολική υστερεκτομή έδειξε ότι το 83% δεν εμφάνισε κανένα στοιχείο κακοήθειας, το 2% ορώδες καρκίνωμα χαμηλής διαφοροποίησης και το 3% καρκίνωμα του ενδομητρίου grade II. Όλες οι υπόλοιπες κατηγορίες βρισκόταν περίπου στο 1% επί του συνόλου των περιπτώσεων και κάτω από αυτό.



**Σχήμα 5.** Ποσοστιαία κατανομή των ιστολογικών ευρημάτων μετά από ολική υστερεκτομή.



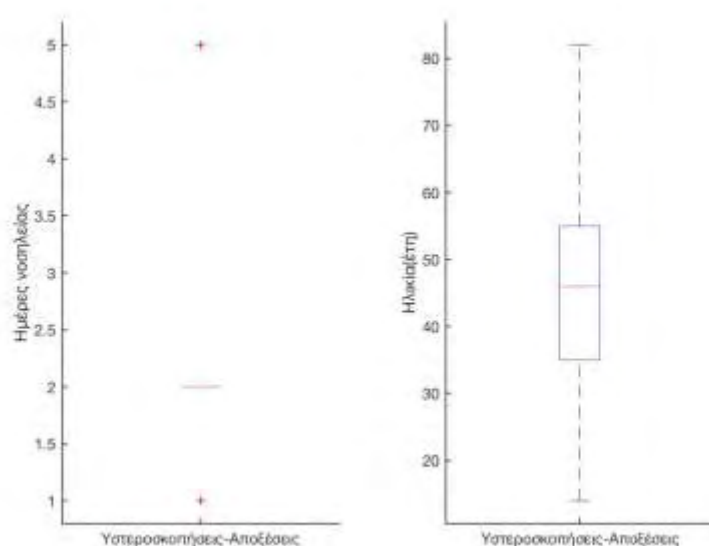
## Σχήμα 6. Ποσοστιαία κατανομή των επιπλοκών μετά από ολική υστερεκτομή

Στο σχήμα 6 φαίνεται ότι η διαπύηση τραύματος με 2.5%, αύξηση της θερμοκρασίας πάνω από 38c και η διαπύηση-διάσπαση τραύματος και σύγκλιση είναι η πιο συχνές επιπλοκές. Όλες οι υπόλοιπες κατηγορίες βρίσκονται στο 1% περίπου και χαμηλότερα από αυτό. Ενώ το 85.7% ήταν ελεύθερο επιπλοκών.

Στην ολική υστερεκτομή με ή χωρίς εξαρτήματα, με λεμφαδενικό ή χωρίς, με επιπλεκτομή ή χωρίς επιπλεκτομή, υποβάλλονται ασθενείς άνω των 50 ετών. Και εδώ το μεγαλύτερο ποσοστό δεν παρουσιάζει κακοήθεια. Ενώ οι πιο συχνές ιστολογικές με κακοήθεια είναι αυτές που παρουσιάζουν καρκίνωμα του ενδομητρίου grade II. Ο χρόνος νοσηλείας είναι γύρω στις 5 μέρες και το μεγαλύτερο ποσοστό στις επιπλοκές κατέχει η διαπύηση τραύματος με επακόλουθη την αύξηση της θερμοκρασίας της ασθενούς.

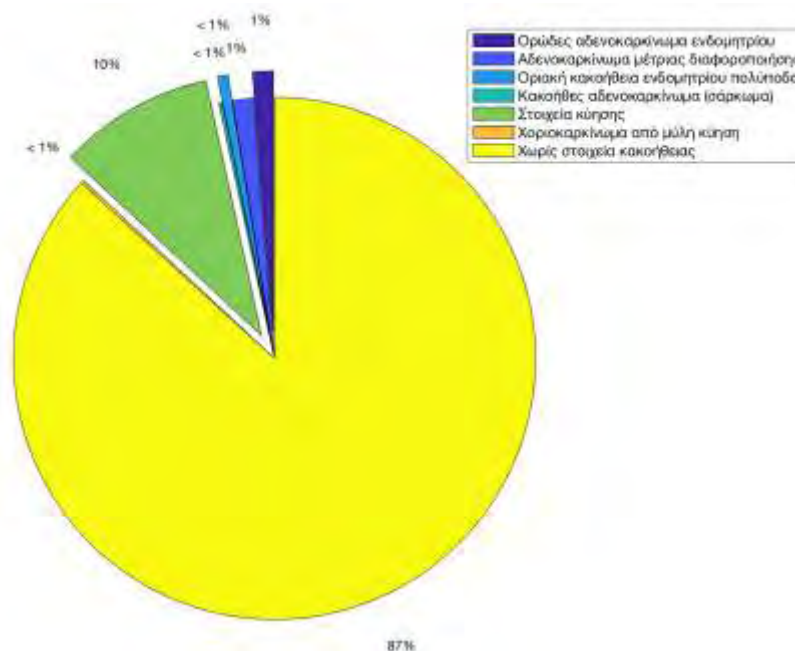
### 4.2) Υστεροσκοπήσεις και αποξέσεις

Χειρουργήθηκαν 467 περιπτώσεις συνολικά για υστεροσκοπήσεις, διαγνωστικές αποξέσεις και θεραπευτικές αποξέσεις. Ο μέσος όρος (σύνολο των περιπτώσεων) ημερών νοσηλείας ήταν 1.9 και η διάμεσος 2, η τυπική απόκλιση ήταν 0.3 ημέρες. Ο μέσος όρος της ηλικίας των ασθενών ήταν 45.2 έτη με τυπική απόκλιση 11.5 έτη και η διάμεσος 46.



**Σχήμα 14.** Κατανομή των μερών νοσηλείας και ηλικίας μετά από υστεροσκόπηση και απόξεση

Η ανάλυση των ιστολογικών δεδομένων των ασθενών που χειρουργήθηκαν έδειξε ότι το 87% δεν εμφάνισε κανένα εύρημα, το 10% είχε στοιχεία κύησης και όλα τα υπόλοιπα ευρήματα βρίσκονταν στο 1% και κάτω από αυτό όπως φαίνεται στο σχήμα 15.

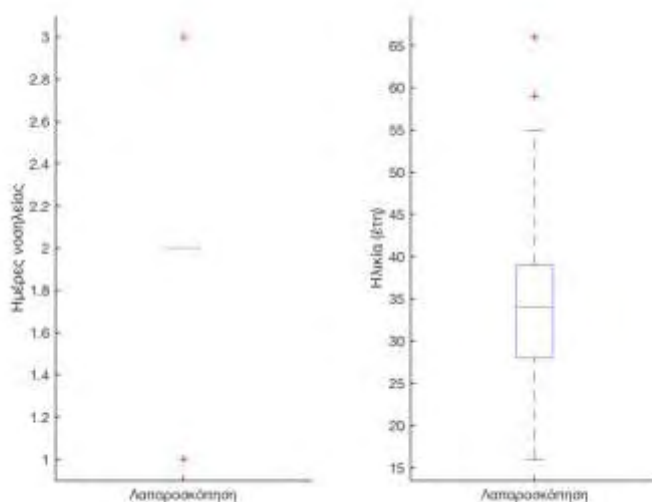


**Σχήμα 15.** Ποσοστιαία κατανομή των ιστολογικών δεδομένων μετά από υστεροσκόπηση και απόξεση

Σε μια περίπτωση υπήρξε επιπλοκή μετά από την παραπάνω διαδικασία με τρώση μήτρας, εντέρου, συρραφή και τοποθέτηση υπερηβικού καθετήρα.

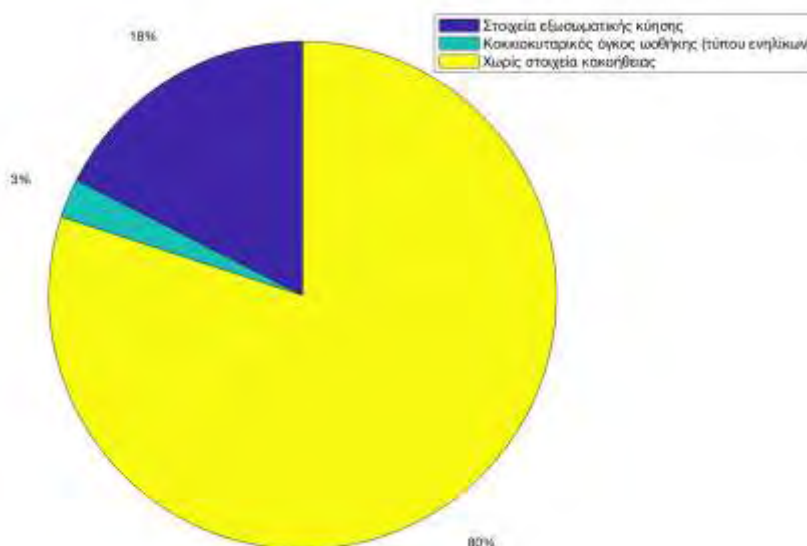
### 4.3) Λαπαροσκόπηση

Χειρουργήθηκαν 80 περιπτώσεις λαπαροσκόπησης συνολικά. Ο μέσος όρος (σύνολο των περιπτώσεων) ημερών νοσηλείας ήταν 2 και η διάμεσος 2, η τυπική απόκλιση ήταν 0.5 ημέρες. Ο μέσος όρος της ηλικίας των ασθενών ήταν 33.9 έτη με τυπική απόκλιση 9.2 έτη και η διάμεσος 34.



**Σχήμα 17.** Κατανομή των μερών νοσηλείας και ηλικίας μετά από λαπαροσκόπηση

Η ανάλυση των ιστολογικών δεδομένων των ασθενών που χειρουργήθηκαν έδειξε ότι το 80% δεν εμφάνισε κανένα εύρημα, το 18% είχε στοιχεία εξωσωματικής κύησης και στο 3% ανιχνεύθηκε κοκκιοκυταρικός όγκος ωοθήκης (τύπου ενηλίκων)



## Σχήμα 18. Ποσοστιαία κατανομή των ιστολογικών δεδομένων μετά από λαπαροσκόπηση

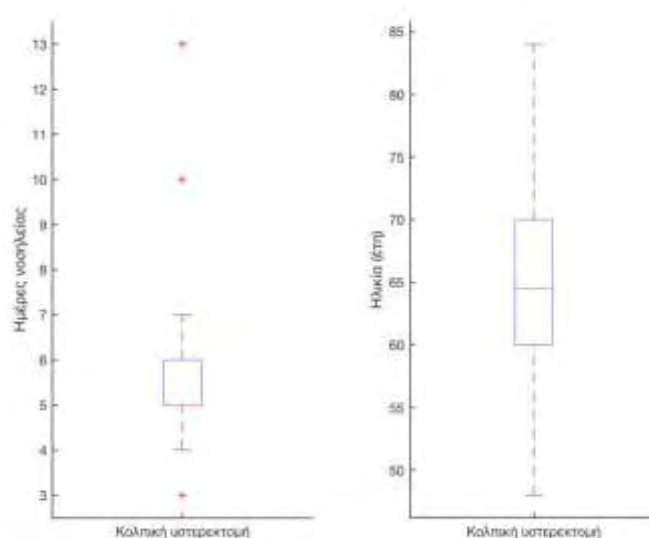
Μετά από λαπαροσκοπικές επεμβάσεις καταγράφηκαν 8 (10%) περιπτώσεις λιποθυμικών επεισοδίων κατά την έγερση και πτώση αρτηριακής πίεσης.

Οι Λαπαροσκοπήσεις (θεραπευτικές ή διαγνωστικές) αποτελούν επανάσταση στη γυναικολογική χειρουργική όπως και σε όλα τα είδη χειρουργείων.

Αναίμακτα σχεδόν και με την λιγότερη δυνατή νοσηλεία 1 με 2 μέρες, ο ασθενής επανέρχεται ταχύτατα στον κανονικό ρυθμό της ζωής του. Όπως βλέπουμε οι λαπαροσκοπήσεις είναι το 3<sup>ο</sup> πιο συχνό χειρουργείο στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Λάρισας και παρουσιάζει τις λιγότερες επιπλοκές. Συνήθως σε λαπαροσκόπηση υποβάλλονται νέες σε ηλικία γυναίκες, περίπου κάτω των 45 ετών.

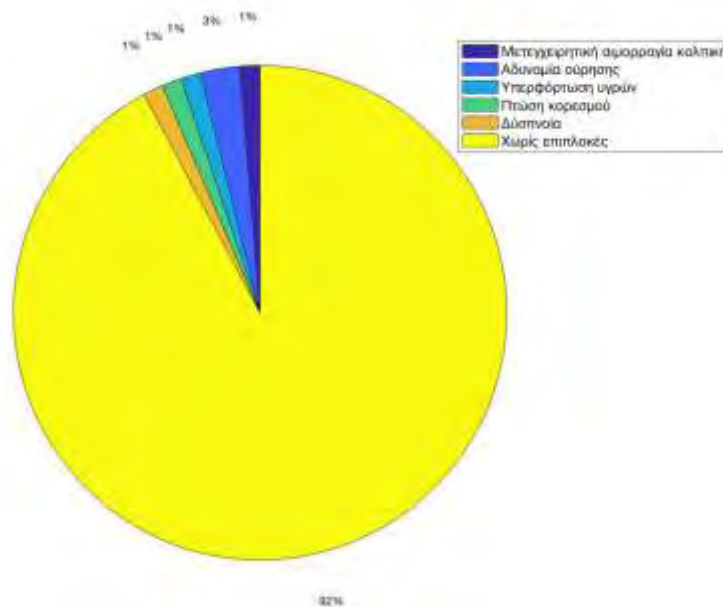
### 4.4) Χειρουργείο κολπικής υστερεκτομής

Χειρουργήθηκαν 77 περιπτώσεις κολπικής υστερεκτομής με προσθιοπίσθια κολπορραφία (46.7%), κολπικής υστερεκτομής με πρόσθια κολπορραφία (25.9%), κολπικής υστερεκτομής με εξαρτήματα (18.2%), κολπικής υστερεκτομής χωρίς εξαρτήματα (1.2%) κολπικής υστερεκτομής με οπίσθια κολπορραφία (3.8%) και κολπική υστερεκτομή λαπαροσκοπικά υποβοηθούμενη (2.6%) . Ο μέσος όρος (σύνολο των περιπτώσεων) ημερών νοσηλείας ήταν 5.5 και η διάμεσος 5, η τυπική απόκλιση ήταν 1.3 ημέρες. Ο μέσος όρος της ηλικίας των ασθενών ήταν 66.6 έτη με τυπική απόκλιση 7.8 έτη και η διάμεσος 64.5.



**Σχήμα 21.** Κατανομή των μερών νοσηλείας και ηλικίας μετά από κολπική υστερεκτομή

Από τις ιστολογικές αναλύσεις δεν προέκυψαν στοιχεία κακοήθειας. Από την επεμβατική διαδικασία προέκυψαν οι επιπλοκές που παρατηρούνται στο σχήμα 22.



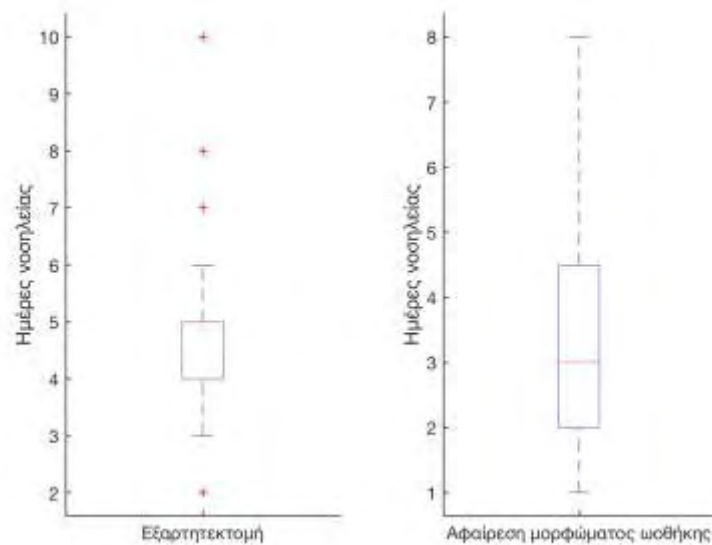
**Σχήμα 22.** Ποσοστιαία κατανομή των επιπλοκών μετά από κολπική υστερεκτομή

Οι ασθενείς που υποβλήθηκαν σε κολπική υστερεκτομή είναι ηλικιακά άνω των 64 ετών, άρα είναι χειρουργείο που συνηθίζεται σε μεγαλύτερες κυρίως ηλικίες. Και η συνηθέστερη επιπλοκή η οποία όμως δεν παρουσιάζεται σε μεγάλο ποσοστό, είναι η αδυναμία ούρησης.

#### 4.5 Εξαρτηματεκτομή και αφαίρεσης μορφώματος ωθήκης

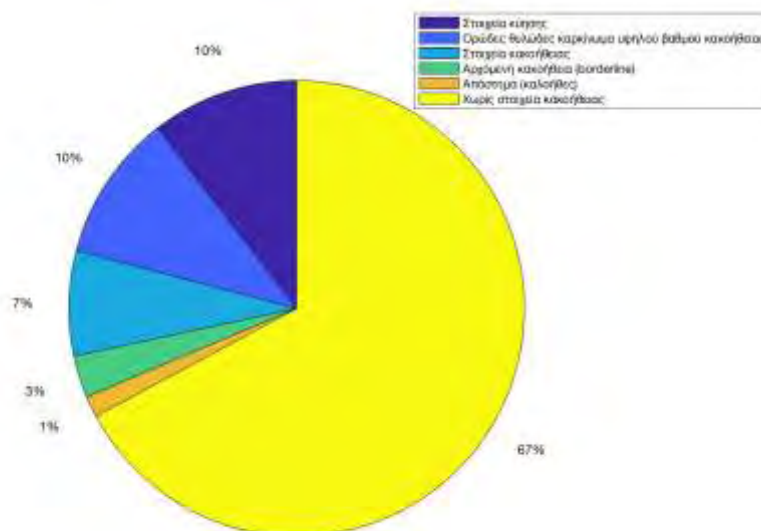
Χειρουργήθηκαν 68 περιπτώσεις συνολικά για εξαρτηματεκτομή(46), αφαίρεση μορφώματος μήτρας(21) και παροχέτευση κύστης ωθήκης(1). Ο

μέσος όρος (σύνολο των περιπτώσεων) ημερών νοσηλείας ήταν 4.8 και η διάμεσος 5, η τυπική απόκλιση ήταν 1.6 ημέρες. Ο μέσος όρος της ηλικίας των ασθενών ήταν 42 έτη με τυπική απόκλιση 14.04 έτη και η διάμεσος 40.



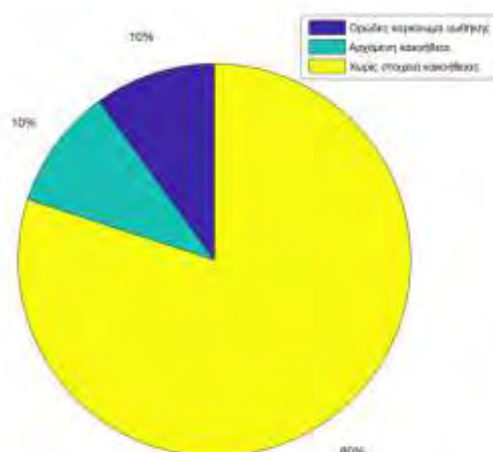
**Σχήμα 8.** Κατανομή των ημερών νοσηλείας μετά από εξαρτηματοεκτομή και αφαίρεση μορφώματος ωοθήκης.

Η ανάλυση των ιστολογικών δεδομένων των ασθενών που χειρουργήθηκαν για εξαρτηματοεκτομή έδειξε ότι το 67% δεν εμφάνισε κανένα στοιχείο κακοήθειας, το 10% ορώδες θηλώδες καρκίνωμα υψηλού βαθμού κακοήθειας, το 10% είχε στοιχεία κύησης, το 7% στοιχεία κακοήθειας, το 3% αρχόμενη κακοήθεια (borderline) και το 1% απόστημα (καλοήθες).



**Σχήμα 9.** Ποσοστιαία κατανομή των ιστολογικών ευρυμάτων μετά από εξαρτηματεκτομή .

Η ανάλυση των ιστολογικών δεδομένων των ασθενών που χειρουργήθηκαν για μόρφωμα ωθήκης έδειξε ότι το 80% δεν εμφάνισε κανένα στοιχείο κακοήθειας, το 10% ορώδες καρκίνωμα υψηλού ωθήκης και το 10% είχε αρχόμενη κακοήθεια.





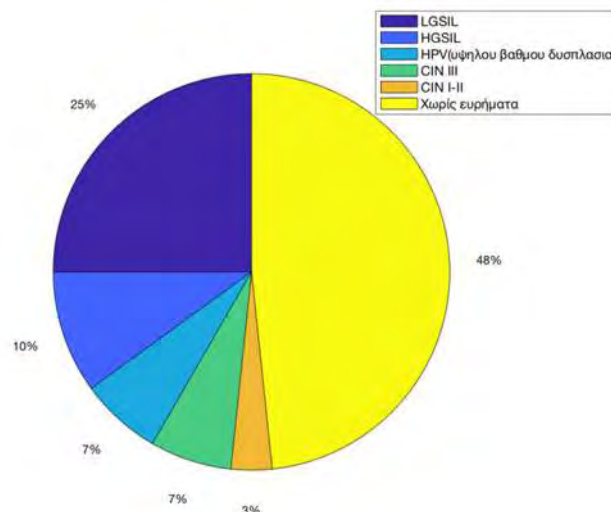
**Σχήμα 10.** Ποσοστιαία κατανομή των ιστολογικών ευρυμάτων μετά από αφαίρεση μορφώματος ωοθήκης

Από τις επεμβάσεις για εξαρτεκτομή και αφαίρεση μορφώματος ωοθήκης αναφέρθηκαν ως επιπλοκές μια περίπτωση τραυματισμού εντέρου, δυο περιπτώσεις αύξησης της θερμοκρασίας >38C και μια περίπτωση ναυτίας και ζάλης.

#### 4.6 Κωνοειδή εκτομή

Χειρουργήθηκαν 60 περιπτώσεις συνολικά για κωνοειδή εκτομή. Ο μέσος όρος (σύνολο των περιπτώσεων) ημερών νοσηλείας ήταν 2.1 και η διάμεσος 2, η τυπική απόκλιση ήταν 0.36 ημέρες. Ο μέσος όρος της ηλικίας των ασθενών ήταν 42.9 έτη με τυπική απόκλιση 9.56 έτη και η διάμεσος 41.

Η ανάλυση των ιστολογικών δεδομένων των ασθενών που χειρουργήθηκαν για κωνοειδή εκτομή έδειξε ότι το 48% δεν εμφάνισε κανένα εύρημα, το 25% LGSIL, το 10% HGSIL, 7% HPV (υψηλού βαθμού δυσπλασίας), το 7% CIN III, και το 3% CIN I-II.

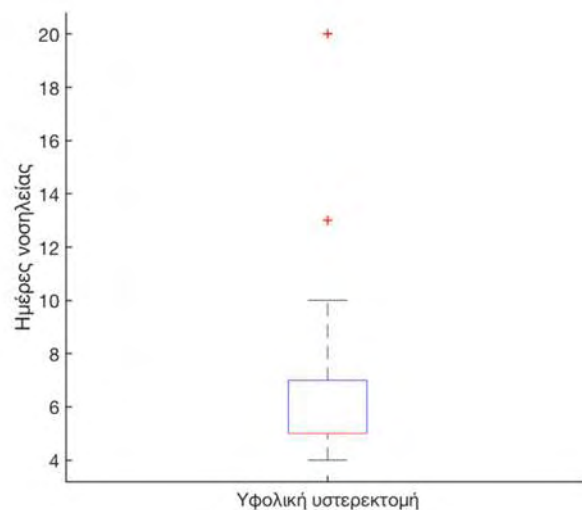


**Σχήμα 11.** Ποσοστιαία κατανομή των ιστολογικών ευρυμάτων μετά από κωνοειδή εκτομή

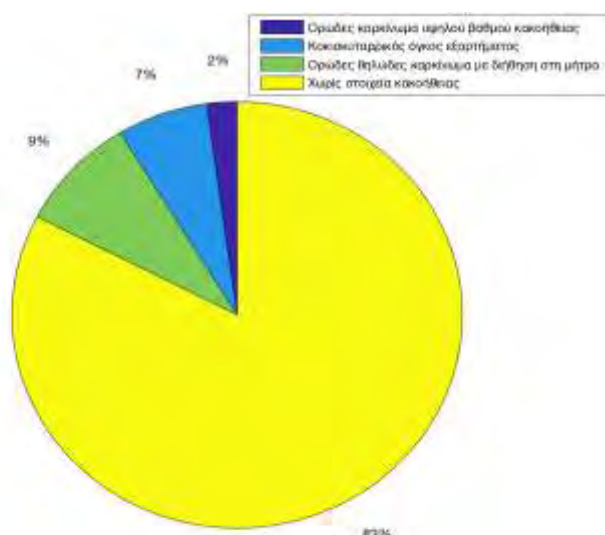
Επίσης μετεγχειρητικά παρουσιάστηκαν 2 περιπτώσεις κολπικής αιμορραγίας (3% επί του συνόλου).

#### 4.7 Χειρουργείο υφολικής υστερεκτομής

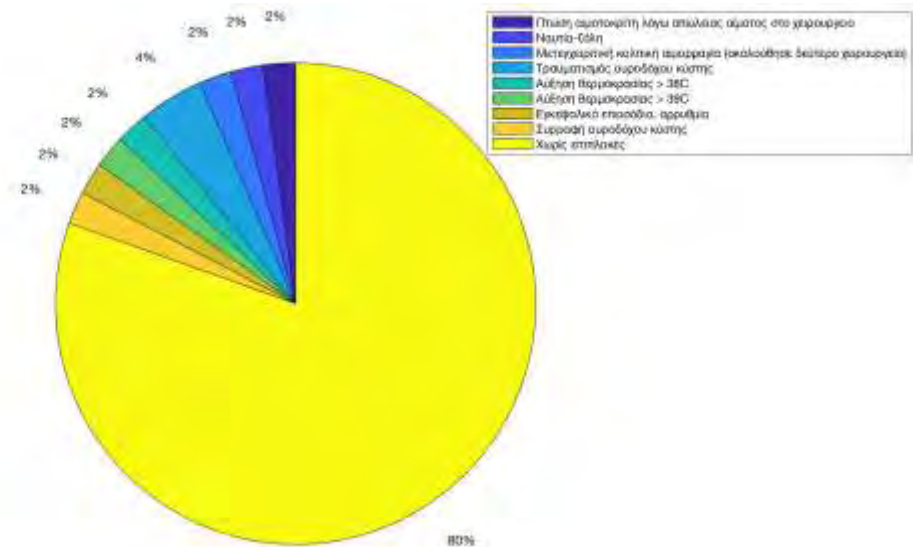
Χειρουργήθηκαν 46 περιπτώσεις υφολικής υστερεκτομής με μέσο όρο 6.3 και διάμεσο 5.0 ημερών νοσηλείας, η τυπική απόκλιση ήταν 2.8 ημέρες. Ο μέσος όρος της ηλικίας των ασθενών ήταν 51 έτη με τυπική απόκλιση 10.8 έτη και η διάμεσος 48.



**Σχήμα 1.** Κατανομή των μερών νοσηλείας μετά από υφολική υστερεκτομή



**Σχήμα 2.** Ποσοστιαία κατανομή των ιστολογικών ευρυμάτων μετά από υφολική υστερεκτομή



**Σχήμα 3.** Ποσοστιαία κατανομή των επιπλοκών μετά από υφολική υστερεκτομή

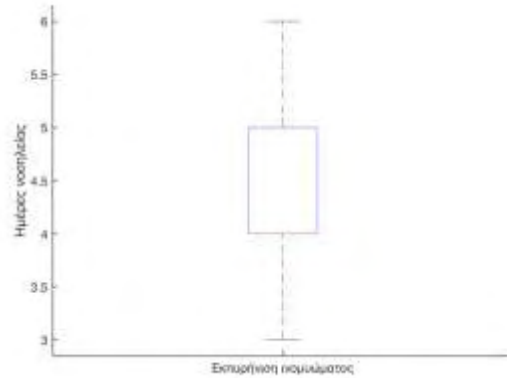
Όπως παρατηρούμε ο μέσος όρος ηλικίας στην υφολική υστερεκτομή είναι 48 χρονών. Άρα σε αυτό το χειρουργείο υποβάλλονται γυναίκες σχετικά μικρής ηλικίας. Η διάρκεια νοσηλείας είναι γύρω στις 5 μέρες και επιπλοκές σχεδόν δεν υπάρχουν, εκτός από λίγες περιπτώσεις, όπου παρατηρήθηκε τραυματισμός ουροδόχου κύστης.

Το μεγαλύτερο μέρος των ιστολογικών εξετάσεων ήταν χωρίς κακοήθεια, ενώ σ' ένα μικρό ποσοστό εμφανίστηκε κακοήθεια.

#### 4.8 Εκπυρήνιση ινομυώματος (ινομυωματοεκτομή)

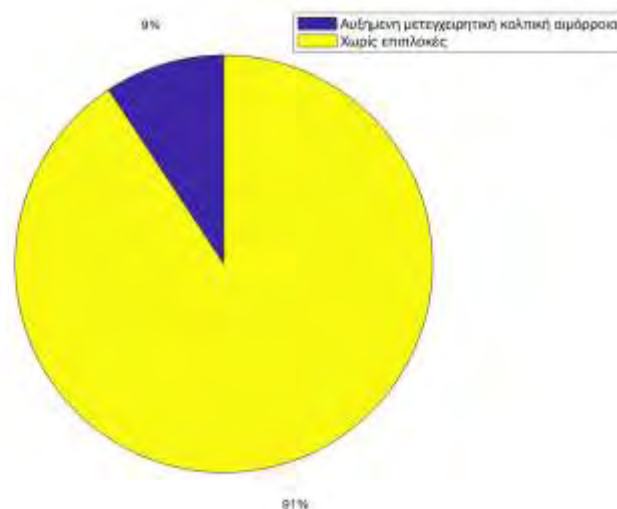
Χειρουργήθηκαν 55 περιπτώσεις συνολικά για εκπυρήνιση ινομυώματος. Ο μέσος όρος (σύνολο των περιπτώσεων) ημερών νοσηλείας ήταν 4.4 και η

διάμεσος 4, η τυπική απόκλιση ήταν 0.7 ημέρες. Ο μέσος όρος της ηλικίας των ασθενών ήταν 37 έτη με τυπική απόκλιση 4.54 έτη και η διάμεσος 36.



**Σχήμα 12.** Κατανομή των μερών νοσηλείας μετά από εκπυρήνιση ινομυώματος

Δεν παρουσιάστηκαν ιστολογικά ευρήματα στις παραπάνω περιπτώσεις. Επίσης μετεγχειρητικά παρουσιάστηκαν 4 περιπτώσεις κοιλιακής αιμόρροιας (10% επί του συνόλου).



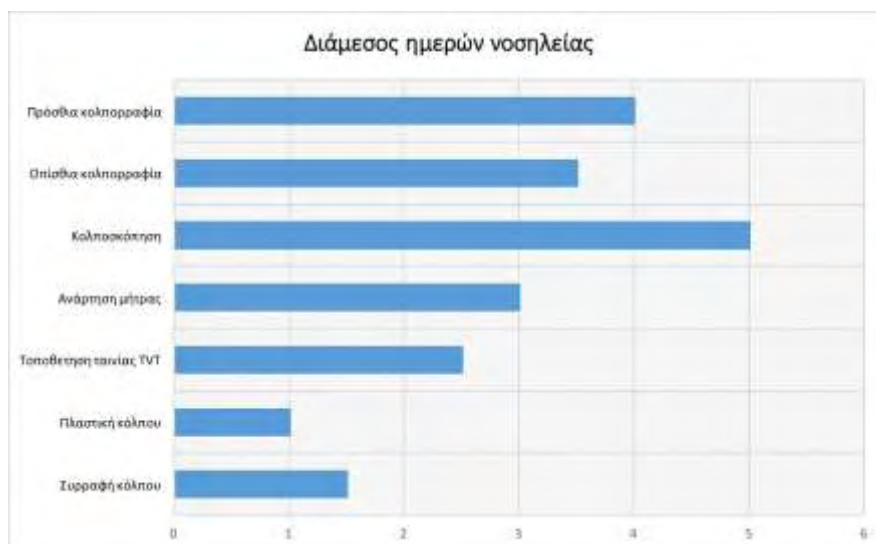
**Σχήμα 13.** Ποσοστιαία κατανομή των επιπλοκών μετά από εκκυρήνιση ινομυώματος

Εδώ παρατηρούμε ότι οι ηλικίες των ασθενών είναι κάτω από 40 ετών. Καθώς λαμβάνεται η απόφαση να αφαιρεθεί μόνο το ινομύωμα γιατί οι ασθενείς πρέπει να παραμείνουν αναπαραγωγικά λειτουργικές.

Οι μέρες νοσηλείας είναι γύρω στις 4 και δεν παρουσιάζονται επιπλοκές, παρά μόνο αυξημένη κολπική αιμορροΐα, κάποιες φορές.

#### **4.9 Χειρουργεία: συρραφής κόλπου και πλαστική κόλπου, τοποθέτηση ταινίας TVT, ανάρτηση μήτρας, κολποσκόπηση, οπίσθια και πρόσθια κολπορραφία.**

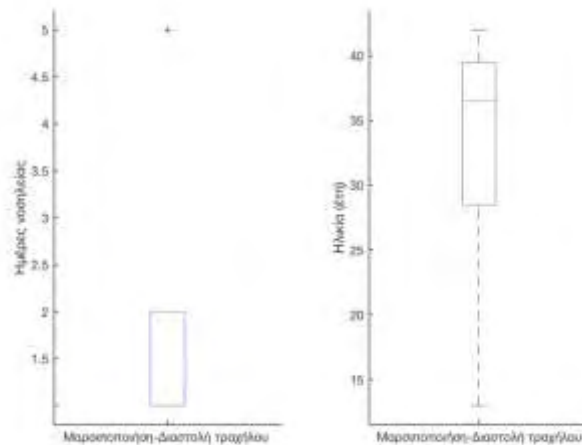
Χειρουργήθηκαν 27 περιπτώσεις συνολικά για τα ομαδοποιημένα χειρουργεία συρραφής κόλπου, πλαστική κόλπου, τοποθέτηση ταινίας TVT, ανάρτηση μήτρας, κολποσκόπηση, οπίσθια κολπορραφία και πρόσθια κολπορραφία. Ο μέσος όρος (σύνολο των περιπτώσεων) ημερών νοσηλείας ήταν 3.5 και η διάμεσος 3.0, η τυπική απόκλιση ήταν 1.25 ημέρες. Ο μέσος όρος της ηλικίας των ασθενών ήταν 61.8 έτη με τυπική απόκλιση 14.6 έτη και η διάμεσος 66.



**Σχήμα 7.** Κατανομή της διαμέσου των ημερών νοσηλείας για την κάθε περίπτωση χειρουργείου

Για αυτή την ομάδα χειρουργείων δεν υπήρξαν ιστολογικά ευρήματα ούτε επιπλοκές.

#### 4.10 Μαρσιποποίηση βαρθολίνειου αδένου, διαστολή τραχήλου, αφαίρεση τραχηλικής κύησης, διάνοιξη μικρών χειλέων.

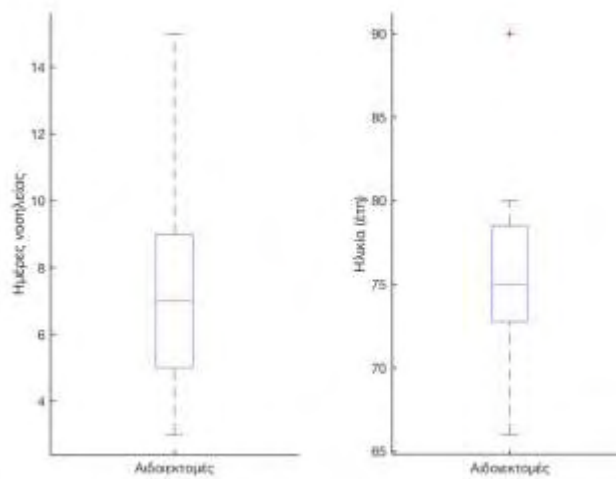


**Σχήμα 16.** Κατανομή των μερών νοσηλείας και ηλικίας μετά από μαρσιποποίηση βαρθολίνειου αδένου, διαστολή τραχήλου, αφαίρεση τραχηλικής κύησης, διάνοιξη μικρών χειλέων

Για τις περιπτώσεις με μαρσιποποίηση βαρθολίνειου αδένου, διαστολή τραχήλου, αφαίρεση τραχηλικής κύησης, διάνοιξη μικρών χειλέων δεν υπήρξαν ιστολογικά ευρήματα ούτε καταγράφηκαν επιπλοκές.

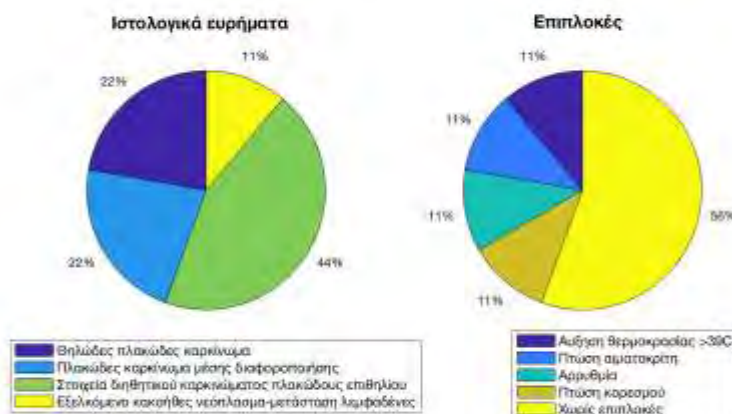
#### 4.11 Χειρουργείο αιδοιοεκτομής

Χειρουργήθηκαν 9 περιπτώσεις συνολικά για μερική αιδοιοεκτομή(4), μερική αιδοιοεκτομή(4) με λεμφαδενικό εύρημα και ριζικές αιδοιοεκτομές με λεμφαδενικό εύρημα(1) . Ο μέσος όρος (σύνολο των περιπτώσεων) ημερών νοσηλείας ήταν 7.4 και η διάμεσος 7, η τυπική απόκλιση ήταν 3.4 ημέρες. Ο μέσος όρος της ηλικίας των ασθενών ήταν 76 έτη με τυπική απόκλιση 6.5 έτη και η διάμεσος 75.



**Σχήμα 19.** Κατανομή των μερών νοσηλείας και ηλικίας μετά από αιδιοεκτομή

Η ανάλυση των ιστολογικών δεδομένων των ασθενών που χειρουργήθηκαν έδειξε ότι το 44% έφερε στοιχεία διηθητικού καρκινώματος πλακώδους επιθηλίου, το 22% θηλώδες πλακώδες καρκίνωμα, το 22% πλακώδες καρκίνωμα μέσης διαφοροποίησης και το 11% εξελκόμενο κακοήθες νεόπλασμα με μετάσταση στους λεμφαδένες. Δεν εμφανίστηκαν επιπλοκές στο 56%, ενώ στο 11% τις εμφανίστηκε αύξηση θερμοκρασίας >39C, στο 11% πτώση αιματοκρίτη, στο 11% αρρυθμίες, και στο 11% πτώση κορεσμού του οξυγόνου



**Σχήμα 20.** Ποσοστιαία κατανομή των ιστολογικών δεδομένων και επιπλοκών μετά από αιδοιεκτομή

Σε χειρουργείο αιδοιεκτομής υπεβλήθησαν ασθενείς μεγάλης ηλικίας άνω των 70 ετών. Ο χρόνος νοσηλείας είναι περίπου 7 μέρες και οι ασθενείς οι περισσότεροι παρουσίασαν κακοήθεια στις ιστολογικές εξετάσεις με το μεγαλύτερο ποσοστό να παρουσιάζει στοιχεία διηθητικού καρκινώματος πλακώδους επιθηλίου. Όπως και ο επιπλοκές σε σχέση με άλλα χειρουργεία, παρουσιάζονται σε μεγαλύτερα ποσοστά ασθενών.

#### **4.12 Χειρουργεία ριζικής υστερεκτομής**

Χειρουργήθηκαν 3 περιπτώσεις συνολικά για ριζική υστερεκτομή(1), ριζική υστερεκτομή με διατήρηση ωοθήκης (1) και ριζική υστερεκτομή με λεμφαδενικό και επιπλεκτομή(1) . Ο μέσος όρος (σύνολο των περιπτώσεων) ημερών νοσηλείας ήταν 8.3 και η διάμεσος 7, η τυπική απόκλιση ήταν 2ημέρες. Ο μέσος όρος της ηλικίας των ασθενών ήταν 48 έτη με τυπική απόκλιση 10.5 έτη και η διάμεσος 52. Η ανάλυση των ιστολογικών δεδομένων των ασθενών που χειρουργήθηκαν έδειξε ότι το 33.3% έφερε στοιχεία διηθητικού καρκινώματος, το 33.3% καρκίνωμα πλακώδους επιθηλίου διηθητικό και το υπόλοιπο 33.3% ενδομητριώδες καρκίνωμα υψηλής κακοήθειας. Επιπλοκή σε μια μόνο περίπτωση παρουσιάστηκε με διαπύηση τραύματος.

Παρατηρούμε ότι οι ηλικίες των γυναικών που υποβλήθηκαν σε ριζική υστερεκτομή είναι κάτω των 52 ετών. Οι ιστολογικές παρουσιάζουν σε υψηλό ποσοστό κακοήθεια και οι μέρες νοσηλείας φτάνουν περίπου την 1 εβδομάδα. Αυτά όλα συνεπάγονται την ιδιαίτερη σοβαρότητα του χειρουργείου αυτού, του οποίου οι επιπλοκές είναι αναμενόμενες αν αναλογιστεί κανείς την δυσκολία και την επικινδυνότητά του.

#### **4.13 Χειρουργείο open-close**

Χειρουργήθηκαν 3 περιπτώσεις συνολικά για open-close. Ο μέσος όρος (σύνολο των περιπτώσεων) ημερών νοσηλείας ήταν 7.6 και η διάμεσος 8, η τυπική απόκλιση ήταν 0.57 ημέρες. Ο μέσος όρος της ηλικίας των ασθενών



ήταν 78.6 έτη με τυπική απόκλιση 5.7 έτη και η διάμεσος 82. Σε αυτές τις τρείς περιπτώσεις εμφανίστηκε ιστολογικό εύρημα μεταστατικού καρκινώματος ωοθηκών και καταγράφηκε ένας θάνατος μετά από χειρουργείο open-close.

Στα χειρουργεία αυτά υποβάλλονται γυναίκες μεγάλης ηλικίας πάνω από 80 ετών συνήθως τα ιστολογικά ευρήματα δείχνουν μεταστατικό καρκίνο. Στα χειρουργεία αυτά, πέρα από της λήψης των βιοψιών, δεν είναι δυνατή καμία άλλη ιατρική παρέμβαση.

## 5. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Από τα στατιστικά αποτελέσματα της καταγραφής παρατηρούμε ότι από τα μικρά γυναικολογικά χειρουργεία την πρώτη θέση σε συχνότητα με ποσοστό 36% έχουν οι υστεροσκοπήσεις-αποξέσεις, ενώ από τα μεγαλύτερης επικινδυνότητας χειρουργεία επικρατέστερη είναι η ολική υστερεκτομή. Η ολική υστερεκτομή με ποσοστό 6% ενώ όλα τα άλλα μεγάλα και μικρά χειρουργεία είναι κάτω από 6%.

Ηλικιακά θα μπορούσαμε να ομαδοποιήσουμε τα χειρουργεία ως εξής: από 50 έως 55 ετών συνήθως είναι οι ασθενείς που υποβάλλονται σε ολική υστερεκτομή, σε υφολική υστερεκτομή και σε ριζική υστερεκτομή.

Από 30 έως 45 ετών είναι οι γυναίκες που υποβάλλονται σε εξαρτηματεκτομή, εκπυρήνιση, λαπαροσκοπήσεις, αποξέσεις, κωνοειδής εκτομή, μαρσιποποίηση βαρθολίνειου αδένου.

Ενώ από 65 έως 85 είναι οι ηλικίες των ασθενών που έκαναν χειρουργείο αιδοιεκτομής, κολπικής υστερεκτομής, κολποανάρτησης, τοποθέτηση ταινίας TVT, πρόσθιας και οπισθίας κολπορραφιάς και πλαστικής κόλλου και κολπόκλησης.

Όσον αφορά τις ημέρες νοσηλείας από 1 έως 5 μέρες νοσηλεύονται οι ασθενείς που υποβλήθηκαν σε εκπυρήνιση, εξαρτηματεκτομή, νωνοειδή εκτομή, υστεροσκόπηση-απόξεση, λαπαροσκόπηση και μαρσιποποίηση βαρθολίνειου αδένου. Ενώ οι ασθενείς που υποβλήθηκαν σε ολική υστερεκτομή και υφολική παραμένουν συνήθως 5 μέρες το ανώτερο.

Στους ασθενείς που η νοσηλεία τους μπορεί να παραταθεί λίγο παραπάνω δηλ. περίπου 7 μέρες είναι στις κολπικές υστερεκτομές στις ριζικές

υστερεκτομές, στις αιδοιεκτομές και στα χειρουργεία open-clos. Όπως και σ'όλα τα παραπάνω χειρουργεία να παρουσιαστούν επιπλοκές.

Οι επιπλοκές παρουσιάζονται συνήθως στα μεγάλα γυναικολογικά χειρουργεία όπως στη ριζική υστερεκτομή όπου 1 στα 3 χειρουργεία παρουσίασε διαπύηση τραύματος και αύξηση της θερμοκρασίας >38° C ενώ στις υφολικές οι επιπλοκές παρουσιάζονται σε ποσοστό 18% με συνηθέστερη τον τραυματισμό της ουροδόχου κύστης. Σε ποσοστό 10% ακολουθεί η κευρήνηση με επικρατέστερη επιπλοκή την μετεγχειρητική κοιλιακή αιμορραγία. Στα υπόλοιπα χειρουργεία το ποσοστό των επιπλοκών είναι πάρα πολύ μικρό. Επίσης πρέπει να ανφέρουμε ότι από την καταγραφή αυτών των χειρουργείων παρατηρούμε ότι σημειώθηκε μόνο ένας θάνατος μιας ασθενούς, που υποβλήθηκε σε χειρουργείο open-close και κατέληξε μετά από περίπου 2 εβδομάδες σε ηλικία 78 ετών από ανακοπή καρδιάς.

Όσον αφορά τις ιστολογικές εξετάσεις αρκετά μεγάλα ποσοστά κακοήθειας παρουσιάζονται στην ριζική υστερεκτομή, περίπου 99% όπου κυρίως εμφανίζεται καρκίνος διηθητικός πλακώδους επιθηλίου. Στις αιδοιεκτομές, όπου το 50% εμφανίζει κακοήθεια με συνηθέστερο το θηλώδες πλακώδες καρκίνωμα (διηθητικό), στα χειρουργεία open-close επικρατέστερος είναι ο μεταστατικός καρκίνος της ωοθήκης.

Ακολουθούν η ολική υστερεκτομή με συνηθέστερο τον καρκίνο ενδομητρίου grade II.

Η υφολική υστερεκτομή κυρίως με ορώδες θηλώδες καρκίνο με διήθηση στη μήτρα και η εξαρτηματεκτομή με ορώδες καρκίνωμα. Τα τελευταία 3 χειρουργεία που αναφέραμε παρουσιάζουν κακοήθεια σε ποσοστό γύρω στο 17-18%.

Τέλος πρέπει να σημειώσουμε ότι η μαιευτική, γυναικολογική κλινική του πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Λάρισας με διευθυντή τον καθηγητή Αλέξανδρο Ι. Δαπόντε αξιολογήθηκε επιτυχώς από την Ευρωπαϊκή ένωση Ιατρικών ειδικοτήτων ( UEMS) και συγκεκριμένα από τον τομέα Μαιευτικής και γυναικολογίας (EBCOG). Η αξιολόγηση έγινε από ειδική επιτροπή Ευρωπαίων εμπειρογνομώνων-καθηγητών και κατέληξε σ' ένα επαινετικό πόρισμα για την λειτουργία της κλινικής. Πρέπει να τονίσουμε ότι η Μαιευτική Γυναικολογική κλινική αν και νεότερη από τις Πανεπιστημιακές κλινικές περιφερειακών Πανεπιστημίων, παρουσιάζει τα ίδια ποσοστά επιτυχίας στα γυναικολογικά χειρουργεία με άλλες πανεπιστημιακές κλινικές με μακρά

ιστορία στην Ελλάδα. Αυτό οφείλεται στην ολοκληρωμένη επαγγελματική κατάρτιση τόσο του ιατρικού αλλά και στην φιλότιμη προσπάθεια που καταβάλλουν όλοι, για την όσο το δυνατόν καλύτερη νοσηλεία και γρήγορη θεραπεία των ασθενών.

## 6. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

1. Κρεατσας Γ. Σύγχρονη Γυναικολογία και Μαιευτική, 2<sup>η</sup> έκδοση. Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης ΕΠΕ, Αθήνα 2009
2. [www.healthy living.gr](http://www.healthyliving.gr)
3. [www.embryo.gr](http://www.embryo.gr)
4. Χρήστος Γ. Τσίτζος MD. [www.letto.gr](http://www.letto.gr)
5. [Mikraiatrika.blogspot.com](http://Mikraiatrika.blogspot.com)
6. <https://qqqmedscape.com>
7. <https://hemca.gr>
8. [www.medemall.gr](http://www.medemall.gr)