

родоразрешены в срок путем операции кесарево сечение.

Выводы. Шеечная беременность представляет серьезную угрозу не только для здоровья, но и для жизни больной. Предложенный нами способ лечения шеечной беременности может приме-

няться практически в любом гинекологическом стационаре, оснащенном лапароскопическим оборудованием. Он позволяет свести к минимуму риск возникновения кровотечения, а, следовательно, и необходимость прибегать к таким крайним мерам, как экстирпация матки.

Кира Е. Ф., Гамирова Е. В., Белякина И. В.

Кафедра женских болезней и репродуктивного здоровья
ИУВ ФГУ «НМХЦ им. Н.И. Пирогова»,
Москва, Россия

ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ

Актуальность проблемы. Применение стационарзамещающих технологий в амбулаторной гинекологической практике имеет ряд преимуществ: максимальный диагностический эффект на раннем этапе заболевания, органосберегающий принцип хирургического лечения, миниинвазивный доступ, обоюдная экономическая заинтересованность, что в итоге способствует не только интенсификации хирургической помощи гинекологическим больным на амбулаторном этапе, но самое главное — увеличивает продолжительность репродуктивного периода, изначально сопряженного с патологическими изменениями. По мнению зарубежных авторов до 60 % всех операций допустимо проводить амбулаторно. В России на сегодняшний день лишь 19,4 % оперативных вмешательств проводится в амбулаторно-поликлинических условиях. Следует отметить, что отбор больных на лечение необходимо проводить строго с учетом показаний и противопоказаний к амбулаторному оперативному вмешательству (нозологические формы, хирургические стандарты, сопутствующая патология, состояние нервной системы пациентки, состояние жилищно-бытовых условий больной и др.). Оперативные вмешательства в поликлинике выполняются при соблюдении следующих условий: — здоровое психо-эмоциональное состояние женщины; достаточно высокий культурно-социальный статус пациентки для адекватного самоконтроля за самочувствием и соблюдения всех рекомендаций врача в послеоперационном периоде (комплаентность).

Продолжительность и объем операции не превышает возможности адекватного местного или непродолжительного общего обезболивания и кратковременного (до 8–10 часов) послеоперационного наблюдения. Риск осложнений в ближайшем послеоперационном периоде прогнозируем и минимален. Сопутствующие заболевания органов и систем находятся в стадии компенсации или субкомпенсации. Возможность госпитализации пациентки из поли-

клиники или дома в стационар (при необходимости в любое время суток). Круглосуточная связь с лечащим врачом (оперирующим хирургом).

Материал и методы. На базе Клиники женских болезней и репродуктивного здоровья ФГУ «НМХЦ им. Н. И. Пирогова» создан Центр оперативной амбулаторной гинекологии с внедрением эндохирургии и лазерных технологий. В 2005 году нами выполнено 659 операций (без абортгов): 290 с использованием эндоскопического оборудования (лапароскопия, гистероскопия), 347 операций с использованием лазерных технологий, 22 пластические операции на шейке матки.

Результаты исследования. Оптимизация оказания хирургической помощи в поликлинике позволило существенно увеличить объем оказания медицинских услуг: так уже за 6 месяцев 2006 года в нашем Центре амбулаторно проведено более 500 операций, что в 10,1 раз увеличило экономический эффект по сравнению с 2002 годом, когда данные операции не выполнялись. Данный вид помощи стал возможен благодаря высокой технической оснащенности операционного блока и соответствующему профессиональному уровню хирургического и анестезиологического обеспечения. Организация работы операционного блока представлена следующим образом: 8.00 — поступление женщины для оперативного лечения; 8.15 — оформление письменного информированного согласия и др.необходимой документации; 8.30 — начало операций до 14.00 — окончание операций. Сроки послеоперационного наблюдения зависят от объема и времени оперативного вмешательства (от 6 до 24 часов) и определяются совместно с врачом-анестезиологом. В среднем, пребывание пациентки в отделении составило 8 часов. Наблюдение в палате после операции осуществляет лечащий врач (оперирующий хирург) и медицинская сестра — проводятся кратковременная инфузионная терапия, обезболивание и ранняя активизация женщины. 98 % женщин отмечали

отсутствие «стресса госпитализации», что положительно отразилось на качестве жизни пациенток в целом. Важно отметить экономическую заинтересованность пациенток, которым не требовалось круглосуточное медицинское наблюдение.

Вывод. Таким образом, создание однодневного стационара оперативной гинекологии в структуре многопрофильного лечебного учреждения и

анализ работы за 1,5 года позволили уменьшить объем стационарной помощи при плановой госпитализации, подтвердить экономическую обоснованность внедрения в амбулаторную практику стационарзамещающих технологий, совершенствовать организацию оказания хирургической помощи женщинам в свете «Концепции развития здравоохранения на 2000–2010 г.»

Климович Н. М., Усов Р. С.

МСЧ № 42 ФМБА РФ, Зеленогорск, Россия

ПРИМЕНЕНИЕ ДЛИТЕЛЬНОЙ ЭПИДУРАЛЬНОЙ И СУБАРАХНОИДАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ В АКУШЕРСКОМ ОТДЕЛЕНИИ МСЧ № 42

Актуальность проблемы. В современном акушерстве кесарево сечение (КС) является одной из наиболее часто производимых родоразрешающих операций. Частота ее в последние годы, по литературным данным, составляет от 10 до 22 % от общего числа родов. По данным МСЧ № 42 за последние 5 лет процент операций КС колеблется от 16,1 до 18,6 %. Учитывая возросшую частоту оперативного родоразрешения, возможна проблема выбора анестезиологического пособия с минимальным отрицательным влиянием на плод при операции КС. Следует отметить, что ни одно из применяемых в общей анестезии наркотических средств, ингаляционных и неингаляционных анестетиков, полностью не отвечают задачам перинатальной анестезиологии. Одни препараты проникают через плацентарный барьер и вызывают стойкую наркотическую депрессию плода и новорожденного, другие снимают тонус матки и увеличивают кровопотерю.

Результаты исследования. До 1998 года в МСЧ-42 при проведении операции КС применялся только эпидуральный наркоз. Учитывая требования перинатальной охраны плода, с 1999 года при проведении операции КС стали применять длительную эпидуральную анестезию, а с 2000 года — субарахноидальную анестезию. Проведен анализ историй родов за 5 лет: всего операций — 668; из них в плановом порядке — 296, что составило 44,3 %; в экстренном порядке — 372 (55,7 %). Субарахноидальная анестезия применялась в 81,6 %. При выборе метода анестезии оценивалась в каждом конкретном случае акушерская ситуация, состояние здоровья роженицы, ее конституция и внутриматочное состояние плода. При проведении данного вида анестезии при КС была достигнута высокая степень анальгезии, выраженная релаксация брюшной стенки, хорошее сокращение матки в раннем пос-

леоперационном периоде, а самое главное — не отмечалось отрицательного влияния на состояние плода и новорожденного. Состояние новорожденного оценивалось по шкале Апгар, средняя оценка составила $8,6 \pm 0,2$ балла у детей после этого вида анестезии. Эти дети лучше адаптировались в раннем неонатальном периоде, чем дети, рожденные после применения эндотрахеального наркоза, у них средняя оценка по шкале Апгар составила $6,8 \pm 0,45$ балла. Осложнений при проведении этого вида анестезии не было. У роженицы сохранялось спонтанное дыхание и сознание, отсутствовала депрессия сердечно-сосудистой системы и, что является самым важным при проведении этой анестезии, исключается аспирация дыхательных путей желудочным содержимым и осуществляется раннее грудное вскармливание в операционной. В послеродовом периоде обеспечивается полноценное обезболивание и на 76 % снизилась потребность в использовании наркотических анальгетиков. Роженицы были более активны, у них раньше восстанавливалась функция желудочно-кишечного тракта.

Выводы: — этот метод анестезии должен применяться в акушерстве, т.к. применение субарахноидальной анестезии отвечает задачам перинатальной анестезиологии; этот метод должен применяться у женщин с внутриматочным страданием плода; позволяет снизить применение наркотических веществ, что имеет большое значение в период острого наркозирования в городе; не нарушает тономоторную функцию матки и не увеличивает частоту кровотечений; позволяет свободно проводить манипуляции в операционной ране; снижает частоту осложнений со стороны желудочно-кишечного тракта (регургитация и парез кишечника); позволяет осуществлять принципы грудного вскармливания — раннее прикладывание детей к груди (в операционной).