

Возраст женщин колебался от 17 до 66 лет, а средний возраст составил $40 \pm 0,7$ года. Характеризуя пациентов основной группы, в общем хотелось бы отметить, что практически у всех имелся анамнез основного заболевания от 1 года до 2 лет.

Всем больным исследуемых групп проводилось комплексное клинично-инструментальное обследование, включавшее стандартные возможности современной клиники. Все операции как при одном заболевании, так и симультанные, выполнялись в плановом порядке под эндотрахеальным наркозом с применением миорелаксантов.

Очередность проведения операции решалась в каждом случае индивидуально. В первую очередь мы руководствовались принципом асептичности этапа. В то же время учитывали сложность выполнения этапов и первым старались выполнять тот, который в большей степени может привести к конверсии доступа. Время, ушедшее на выполнение первого этапа операции и состояние жизненно важных функций организма и гомеостаза, являлись определяющими факторами в решении вопроса о дальнейшем продолжении хирургического вмешательства.

Больным по поводу доброкачественных опухолей яичников выполнено 79 (47,3%) лапароскопических вмешательств, консервативных миомэктомий 29 (17,3%), в том числе и 8 (4,9%) гистерорезектоскопий для удаления субмукозных узлов (сочетание лапароскопических — гистерорезектоскопических операций при различной локализации узлов), в 18 (10,8%) случаях при опущении матки проводили вмешательства на связочном аппарате мышц тазового дна, гистерэктомий 15 (9,0%), реканализации маточных труб в 12 (7,2%), стерилизаций 8 (4,8%) и иссечение очагов эндометриоза 6 (3,6%).

Результаты

По нашим оценкам, увеличение объема оперативного вмешательства, связанного с выполнением симультанных этапов, не оказало существенного влияния на исходы вмешательства.

У 146 (87,4%) пациентов в ближайшем послеоперационном периоде исчезли все основные проявления заболевания, и они выписались с выздоровлением на 3–5 сутки после операции.

С целью анализа показателей, характеризующих течение отдаленного послеоперационного периода, нами изучены результаты лечения 103 (43,3%) больных в сроки от 1 до 3 лет. Из них 31 пациенту выполнены изолированные лапароскопические вмешательства, а 72 — симультанные. Результаты оценивали по трехуровневой градации. Хороший результат получен у 53 (73,6%) пациентов из групп с СЛО и 19 (61,3%) из группы с изолированными операциями. Все они сохраняют трудоспособность и не нуждаются в приеме медикаментов. Группу с удовлетворительными результатами составили 17 (23,6%) больных первой группы и 11 (35,5%) второй группы. Неудовлетворительный результат отмечен у 2 (2,7%) больных с симультанными операциями и также у 1 (3,2%) с изолированными.

Заключение

Анализ полученных результатов хирургического лечения больных с сочетанными заболеваниями органов малого таза показывает, что так же, как и после изолированных лапароскопических операций при одном заболевании, для симультанных характерна ранняя активизация больных и быстрое восстановление физиологических функций организма.

Таким образом, проведение симультанных лапароскопических операций при наличии хирургической патологии органов малого таза избавляет больных сразу от нескольких заболеваний, устраняя риск повторных вмешательств и наркозов, снижает количество интра- и послеоперационных осложнений, сокращает срок пребывания больного в стационаре, длительность временной нетрудоспособности, а также улучшает качество жизни пациентов.

ВЛИЯНИЕ ПЕЛОИДОТЕРАПИИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С КЛИМАКТЕРИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

© Е. С. Кальченко, С. А. Гаспарян, А. Б. Овсиенко, Н. А. Алымова

МУЗ ГБ, г. Железноводск;

ФГУ «ПГНИИ Росздрава», Пятигорск;

ГОУ ВПО Ставропольская государственная академия Росздрава, Россия

Актуальность проблемы

Климактерический синдром (КС) — это своеобразный клинический симптомокомплекс, развивающийся у части женщин в период угасания функции

репродуктивной системы на фоне общей возрастной инволюции организма (Вихляева Е. М., и др., 2000). Течение КС в значительной степени утяжеляется предшествующими пременопаузальным периодом за-

болевыми или функциональными нарушениями (Волян В. Е., 1985; Балан В. Е., 1986; Бугарева Л. Б., 1988; Сметник В. П., Тумилович Л. Г., 1999; Вихляева Е. М., 2000). Лечение данной категории больных на курорте перспективно и целесообразно: лечебные физические факторы благоприятно влияют на основной патологический процесс и нормализацию нарушенных функций организма (Выгоднер Е. Б., 1983; Боголюбов В. М., Пономаренко Г. Н., 1999). Содержащиеся в грязевой массе минеральные соли, биогенные стимуляторы, витамины и другие органические соединения воздействуют на кожные рецепторы и рефлекторным путем стимулируют нейроэндокринную систему (в первую очередь гипофиз, щитовидную железу, надпочечники, яичники).

Активные химические и биологические компоненты пелоида способны проникать через сальные железы и оказывает свое специфическое действие на железы внутренней секреции. Таким образом содержащиеся эстрогенные, гормоноподобные проникают через неповрежденную кожу, происходит экзогенная эстрогенизация. Клинически доказано, что под влиянием грязелечения увеличивается выброс тропных гормонов, у женщин увеличивается количество эстрогенов, у мужчин — тестостерона, увеличивается концентрация гормонов щитовидной железы. В условиях гипотиреоза, сопровождающегося снижением гормонов, пелоид приводит к нормализации их уровня (Холопов, 2002). Непосредственная взаимосвязь половых гормонов и надпочечников определяется и тем, что адреналовые железы дополняют инкреторную функцию гонад и в случае их удаления или физического угнетения в некоторой степени компенсируют синтез стероидных гормонов (Teter J., 1988). Что объясняет эффективность пелоидотерапии при лечении посткастрационного синдрома.

Материал и методы

Обследовано 90 пациенток с легкой, средней и тяжелой степенью выраженности климактерического синдрома, разделенных на три равные по количественному составу группы, получающих различные курсы пелоидотерапии в комплексе с внутренним приемом минеральной воды и климатотерапией. При легкой степени КС больные по-

лучали местные грязевые аппликации в виде «трусов» в сочетании с влагалищными тампонами и грязевыми аппликациями на шейноворотниковую зону, на курс 8 процедур, при средней и тяжелой степенях — аналогичный лечебный комплекс по 10 и 12 процедур на курс соответственно. Наряду с общеклиническими обследованиями проводилось исследование гормонального профиля (ФСГ, ЛГ, пролактин, эстрадиол, прогестерон, тестостерон, кортизол, ТТГ, Т₃, Т₄, АТГ); УЗИ органов малого таза, молочных желез, щитовидной железы; липидограммы и электролиты крови (Ca⁺⁺, Mg⁺⁺, K⁺), маммография, подсчет модифицированного менопаузального индекса, оценка шкалы депрессии SCL-90. Оценка качества жизни (КЖ) больных проводилась при помощи опросника SF-36.

Результаты

На фоне проводимого лечения отмечалось уменьшение количества «приливов» в сутки, при анализе жалоб со стороны сердечно-сосудистой системы отмечено снижение частоты и интенсивности болей в области сердца, тахикардии, снижения АД без использования гипотензивных средств. Модифицированный менопаузальный индекс снизился в среднем на 12–14 баллов. По шкале депрессии SCL-90 отсутствие депрессии отмечали более 50% пациенток. Показатели электролитного состава крови достоверно не изменились. Наблюдалась тенденция к снижению ХС, ТГ, ХС-ЛПНП. У всех пациенток в трех группах выявлено снижение исходно повышенных показателей ЛГ и ФСГ. При анализе полученных результатов после лечения выявлен более выраженный клинический эффект проводимой терапии в 1 и 2 группе обследованных. Имело место достоверное увеличение КЖ. В 3 группе средняя степень выраженности КС увеличилась на 75%.

Заключение

Таким образом, применение курортных факторов позволяет повысить КЖ больных с эстрогендефицитными состояниями. Что позволяет применять данный метод в группе пациенток, имеющих противопоказания к приему ЗГТ, а также на санаторно-курортном этапе реабилитации больных данной категории.

НОВЫЕ ГРАНИ АМБУЛАТОРНОЙ ХИРУРГИИ ЖЕНЩИН

© Е. Ф. Кира, Е. В. Гамирова

Поликлиника ФГУ «Национальный медико-хирургический центр им. Н. И. Пирогова МЗ и социального развития», Москва, Россия

Поэтапное реформирование системы организации медицинской помощи женскому населению смещает приоритеты со стационарной помощи на

амбулаторное звено, отдавая предпочтение профилактике и ранней диагностики заболеваний женской половой сферы.