

каскадность течения свертывающих механизмов, и в то же время легко расщепляться под действием тканевых ферментов, не препятствуя естественному течению процесса свертывания крови на месте выполнения оперативного приема.

Вывод. Как показывает практика включение

данной схемы в предоперационную подготовку позволяет уменьшить диапазон индуцированных хирургическим вмешательством изменений таких показателей как концентрация фибриногена, АЧТВ, уровень D-димера, антитромбина-III, активности тромбоцитов.

Ищенко А.И., Липман А.Д.

Клиника акушерства и гинекологии
ММА им. И.М. Сеченова,
Москва, Россия

ВОЗМОЖНОСТИ МАЛОИНВАЗИВНОЙ ХИРУРГИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ШЕЕЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Актуальность проблемы. Шеечная беременность — это дистальный вариант экстраинтродермической беременности, при которой имплантация оплодотворенной яйцеклетки происходит ниже уровня внутреннего зева. Данные о частоте встречаемости этой патологии значительно варьируют, составляя в условиях естественного зачатия 1 случай на 50 000 беременностей или 0,15 % от числа внематочных беременностей. Однако, в настоящее время в связи с широким распространением вспомогательных репродуктивных технологий возможно увеличение частоты шеечной беременности. Наличие прогрессирующей шеечной беременности угрожает жизни женщины в связи с риском возникновения профузного кровотечения. Именно поэтому единственным методом лечения до недавнего времени считалась экстирпация матки. Однако, ранняя диагностика этого состояния позволяет не только предотвратить летальное кровотечение, но и выбрать консервативный метод лечения, который позволит сохранить пациентке репродуктивную функцию. Среди консервативных методов лечения различают медикаментозное лечение (цитостатические и эмбриотоксические препараты, которые вводят парентерально или непосредственно в полость плодного яйца) и органосохраняющее хирургическое лечение (выскабливание цервикального канала, наложение кругового шва на шейку матки с одновременной тампонадой цервикального канала, гистероскопическая резекция плодного яйца, селективная эмболизация маточных артерий, лазерная вапоризация хориального ложа с последующей тампонадой цервикального канала катетером Фолея).

Цель исследования. Проблема разработки эффективного безопасного органосохраняющего метода лечения шеечной беременности, который мог бы применяться практически в любом гинекологическом стационаре остается актуальной. Разработка такого метода явилась целью нашей работы.

Материал и методы. В клинике акушерства и гинекологии ММА им. И.М. Сеченова за период с 1998 года по 2006 год проведено оперативное лечение 18 пациенток с шеечной беременностью. Средний возраст больных составил $30 \pm 1,5$ лет. У 11 пациенток беременность наступила самопроизвольно, у 7 — после ЭКО. Срок беременности на момент обращения во всех случаях не превышал 9 недель и составил в среднем $6 \pm 1,4$ недели. Диагноз ставился на основании трансвагинального ультразвукового исследования с доплерометрией.

Результаты исследования. Всем пациенткам была выполнена лапароскопия, при которой выделялись и клипировались внутренние подвздошные артерии, после чего выполняли вакуум-аспирацию плодного яйца из цервикального канала под контролем ультразвукового исследования и в цервикальный канал вводили катетер Фолея. Через 15 минут после вакуум-аспирации снимали клипсы с внутренних подвздошных артерий и в течение следующих 30 минут осуществляли наблюдение за пациентками в условиях операционной при наличии лапароскопа в брюшной полости. В случае отсутствия кровотечения из половых путей операцию заканчивали. Продолжительность операции составила 70 ± 18 минут. Интраоперационных осложнений не было. Послеоперационный период протекал без осложнений. Катетер Фолея из цервикального канала удалялся на вторые сутки. Рецидива кровотечения не было ни в одном случае. Контроль уровня β -ХГЧ в сыворотке крови проводился в послеоперационном периоде сначала через день, а потом каждые 7–10 дней. Отмечено прогрессивное снижение уровня β -ХГЧ с достижением нулевой отметки в среднем через $5,2 \pm 0,6$ недель после операции. Период наблюдения за пациентками составил от 6 до 48 месяцев. У всех женщин была нормальная менструальная функция. У 2 пациенток в дальнейшем наступила маточная беременность и они были

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 аборт): 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