

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 оста наркомании 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).

Климович Н. М., Бойко Т. А.

МСЧ № 42 ФМБА РФ, Зеленогорск, Россия

ДИНАМИКА ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ ПО АКУШЕРСКОМУ ОТДЕЛЕНИЮ МСЧ № 42 ЗА 10 ЛЕТ

Актуальность проблемы. Перинатальная смертность (ПС) — важный интегральный показатель, характеризующий уровни здоровья матери, новорожденного и качества оказываемой помощи в учреждении родовспоможения. «Перинатальный период составляет всего 0,5 % от всего срока жизни человека, а смертность в этом периоде во многих странах больше, чем за следующие 30 лет жизни» (П. Данн, 1974).

Материал и методы. Нами проведен анализ ПС по акушерскому отделению МСЧ-42 за 1995–2005 гг.

Результаты исследования. В целом отмечается снижение ПС за 10 лет с 18,3 на 1 000 в 1995 году до 8,2 на 1 000 в 2005 году, то есть на 10 %. Снижение показателя ПС произошло преимущественно за счет уменьшения ранней неонатальной смертности с 15,6 до 1,4 на 1 000 за эти же годы. И, в меньшей степени, за счет мертворождаемости, показатели которой варьируют от 3,5 на 1 000 в 1995 году до 9,35 на 1 000 в 2003 году и 6,8 на 1 000 в 2005 году. Удельный вес мертворожденных среди всех перинатальных потерь в течение анализируемого периода увеличился, и число родившихся мертвыми значительно превышает умерших в раннем неонатальном периоде в среднем от 4 до 5 раз. При этом увеличилась доля антенатально погибших плодов, по отдельным годам она составляет 10 0 % среди всех родившихся мертвыми. За 10 лет родилось всего 7180 детей, из них 6716 детей — от срочных родов, 90 детей — от запоздалых родов и 374 ребенка родилось преждевременно. Из всех перинатальных потерь 35,7 % (25 сл.) приходится на родившихся преждевременно. Из 38 детей, родившихся мертвыми, 61,4 % (23 сл.) родились доношенными; 38,6 % (15 сл.) родились недоношенными, причем в 86,9 % (33 сл.) смерть плодов наступила антенатально. Из 32 умерших новорожденных 68,7 % (22 сл.) родились в срок и 31,3 % (10 сл.) родились преждевременно. Средний возраст матерей составил $24,7 \pm 0,04$ года. Средняя масса плодов — $2631,9 \pm 0,243$ гр., причем в двух случаях масса плодов была более 4 500,0 гр. и в одном случае отмечалась критически низкая масса — 980,0 гр. При анализе показателя ПС среди недоношенных детей видно, что ПС среди этой группы имеет стойкую тенденцию к снижению. За 10 лет она снизилась в 2 раза, в основном за счет уменьшения смертности недоношенных детей, что можно объяснить улучшением оказания помощи недоношенным детям в резуль-

тате проведенной реорганизации в неонатологической службе и введения круглосуточного поста врачей-неонатологов. Показатель мертворождаемости среди недоношенных детей за эти же годы сохраняется на одном уровне, причем в 100 % дети погибли до начала родов в результате имеющейся у них патологии, в основном врожденной. Среди доношенных плодов и детей уровень ПС снизился с 7,44 до 5,55 ‰. Снижение ПС в этой группе отмечалось в 1995 г., 1999 г., 2000 г., 2001 и 2002 гг. до 1,54–2,62 ‰. Снижение ПС среди доношенных детей произошло только за счет снижения ранней неонатальной смертности с 5,58 до 0 ‰ (по отдельным годам). Мертворождаемость же выросла в 3,5 раза — с 1,86 до 5,55 ‰, причем в 60 %, из — всех погибших доношенных плодов смерть наступила антенатально, т.е. беременные поступали в акушерский стационар с погибшими плодами. При анализе историй родов интранатально погибших плодов, в 2-х случаях выявлены замечания по тактике ведения родов: роды велись консервативно при наличии ОАА, аномалии родовой деятельности и патологии пуповины. В 4-х случаях было произведено прерывание беременности по медицинским показаниям. Доля переносимых плодов среди перинатально погибших составила 6,45 %, что подтверждается и литературными данными: гипоксия плодов в процессе запоздалых родов встречается в 10 раз чаще, чем при своевременных. На уровень ПС влияет состояние здоровья женщин, у которых в 86 % выявлена различная экстрагенитальная патология: заболевания почек, печени, эндокринной системы, анемия, наличие внутриутробных инфекций. Среди материнских причин ПС ведущей являются осложнения позднего гестоза беременных (ПОНРП и СЗВРП) — 23,4 %, на втором месте стоит патология пуповины — 21,8 %, на третьем месте — внутриутробные инфекции 10,9 %. Ведущими причинами ПС со стороны плода являются внутриматочные гипоксии и асфиксии при рождении — 34,3 %, на втором месте стоит синдром дыхательных расстройств и другие респираторные состояния — 29,7 %, на третьем месте стоят врожденные аномалии — 5,6 %. В структуре причин смерти доношенных детей преобладают внутриматочные гипоксии, на втором месте стоят инфекции, специфичные для перинатального периода в сочетании с врожденной пневмонией, третье место занимают врожденные аномалии. Отсутствие родовой травмы, как причины смерти

доношенных детей., в т.ч. и внутричерепной, объясняется прежде всего ростом частоты абдоминального родоразрешения и правильно выбранной тактикой ведения родов. В структуре причин смерти недоношенных детей преобладают респираторные расстройства. На втором месте стоят аномалии развития. В этой группе нет родовых травм как причины неонатальной смерти, в т.ч. и внутричерепной.

Выводы. 1) Анализ ПС по акушерскому отделению МСЧ-42, при общей положительной тенденции к ее снижению, выявил неблагоприятные изменения структуры перинатальных потерь, а

именно повышение доли мертворожденных, особенно доли антенатально погибших плодов. 2) Ухудшение здоровья беременных женщин приводит: к ухудшению состояния фетоплацентарной системы, а значит, и внутриутробной жизнеспособности плода (внутриматочные гипоксии); к осложненному течению беременности, что не всегда выявляется на этапе женской консультации; к антенатальной гибели плода. 3) Рационально выбранная тактика ведения беременности и родов, своевременное щадящее родоразрешение приведут к дальнейшему снижению показателя перинатальной смертности.

Ковалевская Г. Т., Шутова Т. В.

ГУЗ ЦМСЧ № 51 ФМБА РФ, Железногорск, Россия

ОКАЗАНИЕ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ЖЕНЩИНАМ, ПРОЖИВАЮЩИМ В ЗАТО ЖЕЛЕЗНОГОРСК

Женское население ЗАТО Железногорск составляет 54080 человек, из них женщин фертильного возраста — 28550 человек. Гинекологическое отделение на 60 коек входит в состав многопрофильной больницы. Отделение оказывает специализированную и квалифицированную помощь жительницам ЗАТО и иногородним. В отделении работают 4 врачей, имеющих высшую квалифицированную категорию. Отделение оказывает плановую и экстренную помощь. Оперативная активность населения составляет — 80 %, средняя длительность пребывания больного — 7 дней, Процент послеоперационных осложнений составляет — 0,55 %. Среди пролеченных больных наибольшую по численности группу составляют воспалительные заболевания гениталий (27,6 %)

В 2005 году в гинекологическом отделении пролечено 532 больных в основном репродуктивного возраста. Пик заболеваний приходится на 20–25 лет. Факторы риска развития инфекции внутренних половых органов вариabельны: социально-демографические аспекты, внутриматочная контрацепция, внутриматочные лечебные и диагностические манипуляции, включая искусственное прерывание беременности. В большинстве случаев лечение воспалительных процессов начинается с консервативной терапии и ею же заканчивается. Консервативная терапия всегда комплексная. Мы начинаем антибактериальную терапию с обязательным бактериологическим подтверждением этиологии заболевания и определения чувствительности выделенных микроорганизмов и антибиотиками. При невозможности быстрой идентификации возбудителя заболевания, назначаем курс из антибиотиков широкого спектра

действия с обязательным использованием лекарственных средств, воздействующих на другие звенья воспаления. Отсутствие эффекта от консервативной терапии или недостаточность его выраженности является показанием для применения одного из методов хирургического лечения. Продолжительность и характер предоперационной подготовки зависит от состояния больного и распространенности гнойного процесса (тяжесть интоксикации). Выбор объема хирургического вмешательства является одним из наиболее сложных. Во время операции отношение к репродуктивной функции должно быть максимально щадящим. Основная наша цель — сохранить детородную функцию женщин в молодом возрасте.

Вторая группа наиболее часто встречающихся больных — это больные с гиперпластическими процессами эндометрия (17 %). Основным клиническим гиперпластическим процессом эндометрия является маточное кровотечение, что служит показанием к диагностическому выскабливанию слизистой матки. Кроме того, в диагностике гиперпластических процессов особое место занимает гистероскопия, которая позволяет более детально изучить состояние эндометрия, провести точную топическую диагностику. Контрольное гистероскопическое исследование дает возможность оценить качество произведенного выскабливания.

Следующая группа больных, находящихся на лечении в гинекологическом отделении, составляют больные с миомой матки (11,5 %). Диагностика миомы, как правило, не сложна и проводится на основании бимануального исследования, ультразвукового исследования и гистероскопии. Количество выполненных оперативных вмеша-