

болеваниями или функциональными нарушениями (Волян В. Е., 1985; Балан В. Е., 1986; Бутарева 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 нейро-эндокринную 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 пеллоидотерапии 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 пеллоидотерапии 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 влажными 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, T_3 , T_4 , 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.

Национальный медико-хирургический центр им. Н. И. Пирогова осуществляет разноразмерные связи: с клиникой и с участковым комплексом, что обособляет его в клинко-поликлиническую модель и многопрофильное лечебное учреждение.

Ежегодно в однодневном гинекологическом стационаре нашего центра выполняется более 1000 операций. Соответствующий профессиональный уровень хирургического и анестезиологического обеспечения позволяет в настоящее время проводить в амбулаторных условиях достаточно широкий спектр оперативных вмешательств, включая лапароскопию при трубно-перитонеальном бесплодии и синдроме тазовых болей, небольших образованиях яичников и перитубарных кистах, а также хирургическую стерилизацию. Эндовидеохирургические вмешательства, выполняемые в поликлинике, позволяют оказать помощь гинекологическим больным, нуждающимся в хирургическом лечении в кратчайшие сроки.

В 2008 году амбулаторно выполнена уретропексия синтетической петлей TVT-SECUR при стрессовом недержании мочи, что сегодня становится ежедневной хирургической практикой.

Кроме малоинвазивных методик диагностики и хирургической коррекции в гинекологическом отделении поликлиники внедрена безоперационная технология ультразвуковой абляции шейки матки и вульвы аппаратом Naifu. Этот способ лечения зарекомендован как высокоэффективный и хорошо приемлем пациентами наряду с СО-лазеровапоризацией.

Сегодня амбулаторным учреждениям отводится основная роль в своевременной диагностике и миниинвазивной хирургической коррекции патологии репродуктивной системы женщины. Широко развивающиеся стационарные замещающие технологии в амбулатории не только способствуют интенсификации хирургической деятельности амбулаторных врачей, но и позволяют сократить сроки лечения и реабилитации пациенток, а также экономически целесообразны.

В условиях многопрофильного стационара обязательна преемственность между стационаром и поликлиникой, что способствует своевременной коррекции возможных осложнений и расширяет возможности в оптимизации лечения диспансерных групп больных.

СОБСТВЕННЫЙ ОПЫТ АМБУЛАТОРНОЙ ХИРУРГИИ В ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

© Л. И. Коротовских, Т. А. Обоскалова, В. Н. Прохоров, В. С. Иванова

Кафедра акушерства и гинекологии педиатрического факультета,
ГОУ ВПО Уральская государственная медицинская академия Росздрава;
Екатеринбургский консультативный диагностический центр, Екатеринбург, Россия

Актуальность проблемы

Пребывание больных в гинекологическом отделении стационара для оперативного лечения является финансово затратным. Возникает насущная потребность отработать методику в организационном и технологическом аспектах проведения ряда гинекологических операций в амбулаторных условиях.

В Екатеринбургском консультативно-диагностическом центре (ЕКДЦ) на протяжении нескольких лет функционирует амбулаторное хирургическое отделение, где отработывались организационные принципы оперативного лечения гинекологических больных в амбулаторных условиях. Отбор больных гинекологического профиля осуществлялся на специально организованном консультативном приеме, здесь же проводилось предоперационное обследование и подготовка пациенток к операции. Продуманы приемлемые виды оперативных вмешательств возможных в амбулаторных условиях. Разработаны принципы

ведения послеоперационного периода (количество послеоперационных койко-дней, оптимальный лабораторный контроль, консультирование в реабилитационном периоде с психологической поддержкой). Выбор лечебного учреждения для проведения операции оставался за пациенткой. На этапе дооперационного консультирования больным подробно разъяснялись особенности операции в условиях хирургического стационара краткосрочного пребывания (ХСКП), преимущества и возможные факторы риска.

Материал и методы

С августа 2008 года по июль 2009 года в ХСКП ЕКДЦ были прооперированы 35 пациенток. Нами осуществлен анализ 35 историй болезни женщин в возрасте от 24 до 55 лет, прооперированных в ХСКП. Всем больным до операции было проведено комплексное обследование, ультразвуковое исследование органов малого таза, консультация терапевта, сосудистого хирурга и анестезиолога.