

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-

тельств приведено в таблице. 80 % процентов больных с внематочной беременностью прооперировано лапароскопическим путем.

Выводы: Внедрение в повседневную практику современных технологий (эндоскопические вмешательства, органосохраняющие операции) приводит к снижению длительного пребывания больного на

койке, уменьшению дней нетрудоспособности, снижению послеоперационных осложнений.

	2005	2004	2003
Полостные операции, в т.ч. лапароскопические операции	363 163 (44,9 %)	378 127 (33,6 %)	383 93 (24,3 %)

Комяков Б. К., Гулиев Б. Г., Дорофеев С. Я., Стецик О. В., Родыгин Л. М.

СПб ГУЗ «Городская многопрофильная больница № 2», Санкт-Петербург, Россия

УРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ В ГИНЕКОЛОГИИ

Введение. За последние годы расширение объема различных лапароскопических вмешательств привело к развитию повреждений мочевых путей с торпидным и запоздалыми клиническими проявлениями. Кроме того, эндоскопические методы лечения значительно повлияли на характер и локализацию ятрогенных травм мочеточника. По данным различных клиник частота травм мочеточника при эндоскопической хирургии составляет 1,0–3,0 %, хотя некоторые авторы приводят более высокие цифры — до 6,1 %.

Материалы и методы. С 2000 по 2006 годы в урологическом отделении городской многопрофильной больницы № 2 находилось 6 больных с повреждениями мочеточников, наступивших в результате лапароскопических операций на женских половых органах. Возраст больных колебался от 38 до 52 лет. Всем пациентам ранее выполнялась лапароскопическая гистерэктомия. Травма тазового отдела левого мочеточника диагностирована в 4 случаях, а правого в 2. У одной больной выявлено пересечение мочеточника, а у остальных имела место его термотравма, обусловленная коагуляцией. Открытое повреждение мочеточника во время операции диагностировано не было. На следующий день у нее из влагалища стала выделяться моча и появились явления перитонита. Повреждение мочевого пузыря было исключено путем цистоскопии. На экскреторных урограммах выявлено замедление функции правой почки и умеренное расширение ее полостной системы и мочеточника. При ретроградной уретерографии справа, введенное контрастное вещество затекло в брюшную полость. В остальных случаях диагностика была запоздалой, что связано с осо-

бенностью травмы (коагуляцией). Только спустя несколько дней по мере формирования воспалительной обструкции мочеточника больные стали жаловаться на боли в области почки, лихорадку с ознобом. При ультразвуковом исследовании выявлено расширение полостной системы почки, а на экскреторных урограммах нарушение уродинамики с соответствующей стороны. Чрескожная пункционная нефростомия была нами выполнена у 3 пациенток. После восстановления оттока мочи из почки, купирования воспалительного процесса и стабилизации общего состояния все больные были подвергнуты оперативному лечению. Во всех случаях был выполнен уретероцистаностомоз в различных модификациях.

Результаты. Ранние послеоперационные осложнения развились у 2 больных, которые носили инфекционно-воспалительный характер (обострение хронического пиелонефрита). Летальных исходов не было. По данным контрольных обследований через различные сроки после операции уродинамика верхних мочевыводящих путей и функция почек была восстановлена во всех случаях.

Заключение. Таким образом, травмы мочевых путей во время эндоскопических операций на органах малого таза имеют свои особенности повреждения и послеоперационного течения. Важным является их своевременная диагностика и коррекция. Операцией выбора при подобных осложнениях лапароскопических вмешательств является уретероцистаностомоз в различных модификациях, в ряде случаев предварительно целесообразно выполнить чрескожную пункционную нефростомию.