

Лечение бусерелином сопровождалось появлением отрицательных симптомов, связанных с медицинским «выключением» функции яичников. Так, у 17 пациенток, леченных бусерелином, отмечались приливы «жара» и повышенная потливость. Коррекцию вегетативных нарушений проводили препаратами фитоэстрогенов.

С 4—6-го месяца после окончания приема бусерелина при дальнейшем наблюдении клиническая стабилизация ФКБ наблюдалась у 18 пациенток, принимавших бусерелин. У 7 пациенток вновь отмечались явления предменструальной болезненности и нагрубания молочных желез.

Таким образом, агонист гонадолиберина — бусерелин оказывает стойкий стабилизирующий эффект, что свидетельствует о целесообразности комбинированной гормономодулирующей терапии как с точки зрения основного гинекологического заболевания, так и с точки зрения воздействия на молочные железы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адамян Л.В., Кулаков В.И. Эндометриозы. Руководство для врачей. — М.: Медицина, 1998.
2. Бурдина Л.М. Клинико-рентгенологические особенности заболеваний молочных желез у гинекологических больных репродуктивного возраста с нейро-эндокринной патологией / Дисс. д. м. н. — М., 1993.
3. Демидов С.М., Берзин С.А. Лечение пролиферативных дисплазий молочных желез агонистами рилизинг-гормонов и производными 17-этинилтестостерона. Опыт применения бусерелина в гинекологической практике // Сб. ст. — М., 2001, с. 13—16.
4. Diseases of the Breast // Ed. Harris J.R., Lippman M.E., Morrow M. — Philadelphia—New York.: Lippincott-Raven, 1996. — 1047 p.

TREATMENT OF PATIENTS WITH COMBINED REPRODUCTIVE SYSTEM PATHOLOGY WITH BUSERELIN

L.H. HASKHANOVA, M.I. PIDDUBNIY, I.M. ORDİYANTS,
N.D. PLAKSINA, A.G. POGASOV, G.E. ZOLICHEV, S.G. SILENKO

Department of Obstetrics and Gynaecology with course of Perinatology
Russian University of Peoples' Friendship
Miklukho-Maklaya st., 8, Medical Faculty, 117198 Moscow, Russia

25 patients who have benign breast diseases and hyperplastic process of the uterus (myoma, adenomyosis, hyperplasia of endometrium) were treated with Buserelin (GnRH agonist). It was found out that Buserelin has positive effect on mammalian gland, uterus and can be recommended for patients with mentioned pathology.

ОЗДОРОВЛЕНИЕ ЖЕНЩИН В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА

М.И. ПИДДУБНЫЙ, И.Е. КАН

Кафедра акушерства и гинекологии с курсом перинатологии
Российский университет дружбы народов
Ул. Миклухо-Маклая, 8, Медицинский факультет, 117198 Москва, Россия

З.Л. ГОНЧАРЕВСКАЯ, А.Е. ГРАБАРНИК

Консультативно-диагностическая поликлиника № 121
Ул. Южнобутовская, д. 87, 113042 Москва, Россия

Одним из важных принципов системы организации здравоохранения является приближение медицинской помощи к населению, с оказанием всех возможных услуг в соответствии с достижениями современной науки

Изложен опыт работы дневного стационара при муниципальной поликлиники, где оказывается лечебная помощь гинекологическим больным и беременным. За 16 месяцев работы лечение получили 508 пациенток: 239 (47%) беременных и 269 (53%) гинекологических больных.

Из 239 беременных с угрозой раннего выкидыша — 20 (8,4%); с ранним токсикозом — 12 (5%); с угрозой позднего выкидыша и преждевременных родов — 80 (33,5%); с ФПН — 141 (59%); с различными формами гестоза — 65 (27,2%); с признаками внутриутробной инфицированности плода — 54 (22,6%).

У беременных, получивших комплексную терапию, не было ни одного случая преждевременных родов, перинатальной и материнской смертности, а также досрочного родоразрешения в связи с усугублением тяжести течения гестоза.

Опыт показывает необходимость введения в структуру женских консультаций дневных стационаров, что значительно повышает количество и качество специализированной медицинской помощи.

Затянувшийся социально-экономический кризис в России, естественно, не мог не отразиться на основных медико-демографических процессах, которые привели к ухудшению репродуктивного здоровья женского населения. Проблема снижения материнской, перинатальной и младенческой смертности как основных показателей успешного социально-экономического развития страны остается актуальной. Тем не менее эта проблема далека от успешного решения в силу низкого индекса здоровья женщин фертильного возраста и постоянно снижающегося уровня репродуктивного здоровья вообще. Откинув социально-экономические, национальные, культурно-религиозные факторы, без сомнения играющие немаловажную роль в становлении репродуктивного здоровья, становится ясно, что без существенного улучшения здоровья женщин вне и во время беременности невозможно прогнозировать дальнейшее снижение материнской, перинатальной, младенческой заболеваемости и смертности.

Основной концепцией развития здравоохранения и медицинской науки, одобренной постановлением Правительства Российской Федерации № 1387 от 05.11.1997 г., является совершенствование и внедрение малозатратных технологий и развитие стационарозамещающих форм организации и оказания медицинской помощи населению.

Одним из важных принципов системы организации здравоохранения является приближение медицинской помощи к населению с оказанием всех возможных услуг в соответствии с достижениями современной науки. Несмотря на проводимую в здравоохранении Российской Федерации реформу, ликвидация имеющихся диспропорций осуществляется медленными темпами. По различным причинам сложившаяся и существующая система амбулаторного наблюдения в женских консультациях вне и во время беременности, необходимость при различных заболеваниях из-за невозможности диагностики и лечения госпитализировать в гинекологические стационары, в отделения патологии беременности родильных домов не способствуют улучшению оказания своевременной помощи. Для решения этой задачи необходимо расширить сеть дневных стационаров в существующей системе поликлиник, которые, в свою очередь, с успехом могут решить эту проблему.

Функции дневных стационаров могут включать:

- курс интенсивной медикаментозной терапии (подкожные, внутримышечные, внутривенные инъекции, капельные и струйно-дискретные инфузии лекарственных препаратов);
- курс реабилитационной терапии;
- сложные лабораторно-диагностические обследования, требующие использования инструментально-диагностической аппаратуры;
- послеоперационное медицинское наблюдение за больными, оперированными в условиях поликлиники (дневного стационара поликлиники);
- долечивание и реабилитация больных, выписанных из стационара в более ранние сроки для завершения лечения в условиях активного режима;

— апробация и разработка совместно с кафедрами вузов и НИИ новых методов лечения и обследования больных.

Одним из достоинств дневных стационаров является относительная безотказность в госпитализации (противопоказаниями к ней являются тяжелые формы гестозов, выраженное страдание плода, кровотечения у беременных) и выраженные воспалительные процессы с высокой температурой.

Опыт показывает, что лечение в условиях дневного стационара снимает проблему страха перед госпитализацией, боязни оказаться в незнакомой, а порой и в неудобной больничной обстановке, быть оторванной от близких, работы и т. п. Таким образом, возможность выбора самой женщиной формы оздоровления позволяет избежать «традиционных» отказов от госпитализации самих женщин из-за наличия детей, хозяйства, и т. п.

Однако при развертывании данного структурного подразделения в нашей поликлинике мы столкнулись с множеством разнообразных проблем, главная из которых — экономическая невыгодность и убыточность (с точки зрения учреждения здравоохранения, оказывающего услуги по системе ОМС). Система обязательного медицинского страхования не способствует созданию экономических мотиваций по увеличению объема и перечня медицинских услуг, оказываемых в дневных стационарах. Вместе с тем, общий экономический эффект очевиден.

На базе женской консультации развернут дневной стационар на 4 гинекологические и 4 акушерские койки. Кроме палат, в структуру дневного стационара входит малая операционная и процедурный кабинет. За время работы (16 мес.) лечение прошли 508 пациенток: 239 (47%) беременных, что составило 20% от 1190 находящихся под наблюдением в женской консультации, и 269 (53%) гинекологических больных.

Из 239 беременных с угрозой раннего выкидыша — 20 (8,4%); с ранним токсикозом беременных — 12 (5%); с угрозой позднего выкидыша и преждевременных родов — 80 (33,5%); фетоплацентарной недостаточностью (с нарушением кровообращения и без) 141 (59%); с различными формами гестоза — 65 (27,2%); с признаками внутриутробной инфицированности плода (с доказанным существованием инфекции у матери) — 54 (22,6%).

Из 269 гинекологических больных с острым сальпингоофоритом — 38 (14,2%); на превентивной терапии — 12 (4,5%).

Все пациентки ежедневно осматривались врачом акушером-гинекологом, а при необходимости консультировались врачами узких специальностей. Беременным проводилось ультразвуковое исследование (с применением доплерометрии по показаниям), кардиотокография с 32 недель. Больные с первых дней поступления получали комплексное, интенсивное лечение, включая физиопроцедуры (гипокситерапию, транскраниальную электроанальгезию, электрофорез с различными лекарственными веществами), инфузионно-трансфузионную терапию, прием медикаментов, то есть объем полностью соответствует стационарному, что отличает лечение в дневном стационаре от амбулаторного лечения. Осложнений во время лечения не наблюдалось, а назначенная комплексная терапия была с выраженным лечебным эффектом.

Все пациентки до поступления в дневной стационар прошли амбулаторные обследования, подтверждающие ту или иную патологию, а при необходимости клинико-лабораторный контроль продолжался в условиях дневного стационара (в том числе и «сiто»), что несомненно улучшало качество и адекватность проводимой терапии.

У беременных, получавших комплексную терапию в условиях дневного стационара, не было ни одного случая преждевременных родов, перинатальной и материнской смертности, а также досрочного родоразрешения в связи с усугублением тяжести течения гестоза.

В кабинете малой хирургии при дневном стационаре выполнено 311 оперативных вмешательств: ножевых биопсий шейки матки — 34 (10,9%); диагностических гистероскопий — 65 (21%); диагностических выскабливаний цервикально-

го канала и аспирационных биопсий — 71 (22,8%); регуляций менструального цикла (методом вакуум — экссколеации) — 114 (36,6%); удаление кист бартолиновой железы — 8 (2,5%); пластик шейки матки по Эммету — 2 (0,6%); удаление ВМК — 17 (5,4%).

Сроки лечения больных — от 2 до 16 дней.

Регистрация пациенток и медицинская документация по дневному стационару оформлялась руководствуясь приказом МЗ СССР № 1030 от 04.10.1980 г. по женской консультации.

Наш опыт показывает необходимость введения в структуру женских консультаций дневных стационаров, обеспечение их анестезиологическим пособием, что значительно повышает количество и качество специализированной медицинской помощи, эффективность и рациональность работы отделения, появляется возможность широко внедрять новые методики диагностики и лечения. Улучшается система взаимодействия с другими подразделениями поликлиники и учреждениями здравоохранения, что позволит в конечном итоге добиться улучшения репродуктивного здоровья женского населения.

SANITATION OF FEMALE HEALTH IN «DAY-TIME HOSPITAL»

M.I. PIDDUBNIY, I.E. KAN

Department of Obstetrics and Gynaecology with course of Perinatology
Russian University of Peoples' Friendship
Miklukho-Maklaya st., 8, Medical Faculty, 117198 Moscow, Russia

Z.L. GONCHAREVSKAYA A.E. GRABARNIK

Out-patient clinic № 121
Yujnobutovskaya st., 87, 113042 Moscow, Russia

One of the major principles of effective health care system should include constant attempts to offer new therapeutical and diagnostic facilities for population, implementing results of scientific researches into routine medical practice. In this review we described the results of work of «day-time hospital» in the frame of municipal out-patient clinic № 121. During 16 months of functioning of the «hospital» 239 pregnant women have been managed, including 20 (8,4%) — with threatened early abortion, 12 (5%) — with emesis gravidarum, 80 (33,5%) — with threatened late abortion and preterm labor, 141 (59%) — with placental insufficiency, 65 (27,2%) with gestosis of various degree, 54 (22,6%) — with manifested intrauterine infection. All patients were treated with new complex methods of therapy. As a result there were no cases of preterm labor, perinatal and maternal mortality and there were no cases of induced labor due to aggravation of gestosis. Our experience shows that implementation of «day-time hospital» approach in the frame of out-patient clinic daily work will be beneficial for improvement of health care system efficacy.

СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДОПАМИНА И ОКСИТОЦИНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВТОРИЧНОЙ СЛАБОСТИ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

А.Д. ПОДТЕТЕНЕВ, Г.А. КОТАЙШ, Т.В. СМЕРНОВА

Кафедра акушерства и гинекологии с курсом перинатологии
Российский университет дружбы народов
Ул. Миклухо-Маклая, 8, Медицинский факультет, 117198 Москва, Россия

Т.В. БРАТЧИКОВА, М.А. САРМОСЯН

Городская клиническая больница № 29
Госпитальная площадь, 2, 111020 Москва, Россия

В статье представлен сравнительный анализ эффективности окситоцина и допамина при лечении вторичной слабости родовой деятельности. Для этой цели были обследованы