Национальный медико-хирургический центр им. Н. И. Пирогова осуществляет разноуровневые связи: с клиникой и с участковым комплексом, что обособляет его в клинико-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 стационарзамещающие 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.

Проводилась профилактика тромбоэмболических осложнений: компрессионное бинтование нижних конечностей и подкожное введение пролонгированных гепаринов. Все операции проводились под внутривенной анестезией, при полостных операциях внутривенная анестезия сопровождалась ИВЛ.

Результаты

Женщины прооперированы со следующими диагнозами: первичное бесплодие — 5 (14,3%); вторичное бесплодие — 6 (17,1%); гинекологическая патология при планируемой беременности — 8 (22,9%); субсерозная миома матки — 3 (8,6%); подслизистая миома матки — 3 (8,6%); киста яичника — 5 (14,3%); киста бартолиниевой железы — 2 (5,7%); полип эндометрия — 3 (8,6%).

Для оперативных вмешательств были использованы следующие доступы: лапароскопия — 28 (80,0%); гистероскопия — 24 (68,6%); одновременно лапароскопия и гистероскопия — 21 (60,0%); резектоскопия — 3 (8,6%); рассечение слизистой вульвы — 2 (5,7%).

При оперативных вмешательствах была выявлена следующая патология: субсерозная миома матки у 6 (17,1%) пациенток, подслизистая миома матки в 5 (14,3%) случаях, интерстициальная миома матки в 1 (2,9%) случае, кисты и кистомы яичников у 15 (42,7%) пациенток, СПКЯ у 2 (5,7%) больных, кистозное изменение яичников в 13 (37,1%) случаях, наружный эндометриоз у 11 (31,4%) женщин, спаечный процесс малого таза в 10 (28,6%) случаях, гидросальпингс у 3 (8,6%) пациенток, гидатиды у 4 (11,4%) женщин, полипоз эндометрия в 14 (40,0%) случаях, неполная перегородка полости матки у 9 (25,7%) пациенток, аденомиоз в 4 (11,4%) случаях, гиперпластические процессы эндометрия у 18 (51,4%) пациенток, перитубарные спайки у 8 (22,9%) больных. Нами были проведены следующие объемы оперативного вмешательства: лечебно-диагностических выскабливаний слизистой поло-

сти матки 22 (62,9%), сальпинголизисов 8 (22,9%), фимбриопластик 3 (8,6%), биопсий яичника 15 (42,7%), термокаутеризаций яичников 2 (5,7%), хромосальпингоскопий 21 (60,0%), миомэктомий 11 (31,4%), зондирований труб 5 (14,3%), цистэктомий 12 (34,3%), удалений придатков 5 (14,3%), тубэктомий 1 (2,9%), резекций яичников 1 (2,9%), разделений спаек 8 (22,9%), вапоризаций очагов эндометриоза 8 (22,9%), дренирований брюшной полости 8 (22,9%), энуклеаций кист бартолиниевой железы 3 (8,6%).

С целью профилактики послеоперационных осложнений всем женщинам проводилось только интраоперационное введение антибиотиков. Все пациентки были прооперированы в день поступления. Послеоперационный койко-день составил у 28 (80,0%) женщин 1 день, у 6 (17,1%) 2 дня и у 1 (2,9%) 3 дня. В послеоперационном периоде у каждой пациентки была возможность телефонной связи с лечащим доктором, каждая посетила консультативный прием дважды, на 7–10-й день для снятия швов и на 10–14-й день для получения результатов гистологического исследования и соответствующих результатам дальнейших рекомендаций. Послеоперационных осложнений зафиксировано не было. Проведенный опрос показал высокую удовлетворенность женщин выполненным оперативным лечением и желанием продолжать лечение под эгидой одного доктора.

Заключение

Таким образом, развитие стационар-сберегающих технологий в оперативной гинекологии позволяет переместить ряд хирургических вмешательств из круглосуточного стационара в амбулаторные условия без ущерба для объема и качества оперативного пособия. Данная форма работы позволяет пациентке оставаться на период реабилитации в домашних условиях, что обеспечивает психологический комфорт, профилактику инфекций в послеоперационном периоде, улучшает качество жизни.

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ ТРУБНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

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

Кафедра акушерства и гинекологии педиатрического факультета,
ГОУ ВПО Уральская государственная медицинская академия Росздрава, Екатеринбург, Россия

Актуальность проблемы

Частота внематочной беременности (ВБ) среди гинекологических больных, поступающих в стационар, колеблется от 1 до 6% и про-

должает представлять опасность для жизни больных. ВБ часто не диагностируется во время первого посещения врача, так как ее клиническая картина бывает нетипичной, а пациентке