

шую оперативного лечения, провести одновременно хирургическую коррекцию, выполнив симультанную операцию.

Среди 105 больных, которым выполнены СО, в раннем послеоперационном периоде различные осложнения развились у 7 (6,6%): пневмония – 2, нагноение операционной раны – 2, острый тромбофлебит подкожных вен нижних конечностей – 2, динамическая кишечная непроходимость – 1. Летальных исходов не было, все пациентки в удовлетворительном состоянии выписаны на амбулаторное лечение и реабилитацию в условиях поликлиники по месту жительства.

Заключение. При сочетанной гинекологической и хирургической патологией, которые лечится оперативно, необходимо применять симультанные операции. Одномоментная коррекция этой сочетанной патологии при прочих равных условиях не повышает частоту осложнений, сокращает сроки нетрудоспособности и окончательного выздоровления, а также дает значимый экономический и психологический эффект.

Таким образом, выполнение симультанных операций хирургического профиля у ургентных гинекологических больных оправдано.

Литература

1. Иванов Ю.В. Современные представления о сочетанной хирургической патологии и симультанных операциях / Ю.В. Иванов., Н.А.Соловьёв., М.Б.Шарнов // *Анналы хирургии.* – 2007. – № 4. – С. 16-21.

2. Первый опыт проведения симультанного хирургического лечения больных злокачественными новообразованиями и конкурирующей ИБС в Республике Беларусь / Ю.П.Островский [и др.] // *Грудная и сердечно-сосуд. хирургия.* – 2003. – № 4. – С. 38-41.

МЕТОДИКА «ГИНЕКОЛОГИИ ОДНОГО ДНЯ» КАК СПОСОБ ИНТЕНСИФИКАЦИИ РАБОТЫ СТАЦИОНАРА

**Костяхин А.Е., Кажина М.В., Бут-Гусаим Л.С., Биркос В.А.,
Кучук Д.О.**

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи»
г. Гродно, РБ*

Введение. В последнее десятилетие отмечается неуклонное увеличение числа больных с гинекологической патологией, требующих как хирургического вмешательства, так и консервативной медикаментозной терапии. Это обусловлено не только непо-

средственным ростом уровня заболеваемости, но и повышением уровня доказательных диагностических мероприятий. Улучшение качества работы амбулаторного звена привело к тому, что ряд гинекологических заболеваний стало возможным лечить в условиях дневного стационара. В целом, оптимизация лечебно-диагностического процесса дает выраженный экономический эффект для страны, так как позволяет в максимально сжатые сроки провести дифференциально-диагностические мероприятия, и определить тактику лечения и/или диспансеризации пациентки. В наибольшей степени такая тактика соответствует внедренной в некоторых ЛПУ г. Гродно методике «гинекологии одного дня» (ГОД). Апробация метода начата в 2010 году на клинических базах кафедры акушерства и гинекологии в УЗ «Городская больница №4 г. Гродно» и УЗ «Городская больница скорой медицинской помощи г. Гродно». Концепция методики «гинекологии одного дня» основана на четко алгоритмированном подходе к диагностическому процессу, позволяющему, прежде всего, дифференцировать некоторые состояния, связанные с менструальным циклом, такие как овуляторные боли, альдисменоррея, предменструальный синдром и др. Одновременно осуществляется селекция больных, нуждающихся в госпитализации. Эта категория обследуется в большем объеме с целью определения показаний для оперативного лечения, как правило, малоинвазивного лапароскопического вмешательства. Практический смысл программы ГОД – сократить пребывание в стационаре до 24 часов, включая период предоперационной подготовки и ранний послеоперационный периоды, время для постановки диагноза для больных, не нуждающихся в госпитализации, и требующих консервативного лечения в дневном стационаре и/или в амбулаторном режиме.

Материалы и методы. Мы провели анализ 50 историй болезни пациенток с диагнозом разрыв кисты яичника, оперированных по экстренным показаниям лапаротомным доступом. Также был проведен анализ 50 историй болезни пациенток той же возрастной группы с диагнозом разрыв кисты яичника, оперированных по экстренным показаниям лапароскопически. Базой исследования явилась УЗ «ГКБ №4 г. Гродно». Критерии включения: возраст 18-35 лет; все пациентки обратились в клинику с синдромом острых тазовых болей. В обеих группах давность заболевания составляла менее 24 часов. Диагноз был верифицирован предоперационно. Во всех случаях были выполнены органосохраняющие операции. Из исследования были исключены пациентки с тяжелой экстрагенитальной патологией, кровопотерей более 500 мл. Основной дифференциаль-

но-диагностической процедурой был кульдоцентез. Параллельно был проведен ретроспективный анализ 100 историй болезней пациенток, поступивших в отделение гинекологии УЗ «ГКБСМП г. Гродно» с диагнозом острой тазовой боли в период с 01.01.2009 г. по 13.06.2009 г. с протоколированием лабораторно-диагностической базы медицинской документации (003/у-07).

Результаты и их обсуждение. При сравнительном анализе случаев экстренных операций по поводу разрывов кист яичника, проводимых разным доступом, был выявлен ряд закономерностей. Во-первых следует отметить раннюю активизацию больных после лапароскопических операций. Пациентки самостоятельно вставали с постели, перемещались по стационару, принимали пищу уже на первые сутки после операции. Пациентки, оперированные лапаротомным доступом, отмечали выраженный болевой симптом до 3 суток послеоперационного периода. Пациентки из первой группы получали менее массивную антибактериальную терапию, в 82% случаев было достаточно назначения одного антибиотика широкого спектра действия. Во второй группе пациенток требовалось назначение комбинации двух и более антибактериальных препаратов. Средний койко-день в первой группе составил 5,2, причем со вторых суток основными мероприятиями являлись физиолечение, контроль послеоперационных показателей гомеостаза, что с успехом может выполняться и в амбулаторных условиях. Во второй группе средний койко-день составил 7,2, причем 71% из пациенток требовалось повторное назначение наркотических анальгетиков в раннем послеоперационном периоде, 34% требовались дополнительные мероприятия по коррекции гомеостаза, что вело за собой удлинение сроков госпитализации. Временная нетрудоспособность во второй группе также была на 41% выше, чем в первой группе.

При анализе диагностического значения исследования перитонеальной жидкости учитывались случаи постановки диагноза «обострение хронического двустороннего аднексита» с учётом данных доказательных методов диагностики или без. Всего проанализировано – 100 случаев. При этом, кульдоцентез не был выполнен у 59% больных, кульдоцентез был выполнен у 41%. 100% выписаны с диагнозом «обострение хронического двустороннего аднексита». Эта группа пациенток была разделена на 5 подгрупп. Полученные результаты в группах составили следующее:

1. Кульдоцентез не проводился, негативные воспалительные маркеры - 30%, поступали в периовуляторный период – 27%.
2. Пунктат не получен, негативные воспалительные маркеры - 9%, поступали в периовуляторный период – 0%.

3. Кульдоцентез не проводился, позитивные воспалительные маркеры – 29%, верифицирован воспалительный диагноз.

4. Кульдоцентез проводился, экссудат при сомнительных воспалительных маркерах – 24%, верифицирован воспалительный диагноз.

5. Кульдоцентез проводился, трансудат при сомнительных воспалительных маркерах – 8%, поступали в перiovуляторный период – 50%

В 53% случаев диагноз выставлен с учётом доказательных лабораторных данных.

Пациентки получали лечение: антибактериальная терапия – ципрофлоксацин, гентамицин, цефтриаксон, метронидазол, доксициклин, ко-тримаксозол, цефотаксим, ровамицин (в 47% – без доказательной диагностики, без учета фазы менструального цикла, без антибиотического анамнеза), НПВС (диклофенак, нимесулид), витамины (В₁, В₆, С), биостимуляторы (алоэ).

Таким образом, этой группе пациенток диагноз обострения хронического аднексита выставлялся почти в половине случаев без учета доказательных лабораторных данных, свидетельствующих о воспалительном характере тазовых болей. Назначение антибактериальной терапии не всегда коррелировало с данными анамнеза, клинико-лабораторными обследованиями и результатами морфологического исследования пунктата.

Выводы. Программа ГОД целиком базируется на доказательных методах диагностики. Так, обследование urgentных больных обязательно должно дополняться исследованием перитонеальной жидкости. Соблюдение этих пунктов в диагностическом алгоритме позволит назначать антибактериальную терапию максимально рационально, будет способствовать радикальному излечению, препятствовать хронизации процесса. Также это позволяет определить группы пациенток, не нуждающихся в госпитализации.

Реализация программы ГОД, а именно её составляющей – urgentной хирургии одного дня в гинекологии – невозможна без более широкого внедрения в практику технологий малоинвазивных вмешательств. Технология оперативной лапароскопии требует постоянного совершенствования методик, хорошего снабжения расходными материалами, подготовки кадров. Современное оснащение ЛПУ города позволяет более широко внедрить программу ГОД в практику здравоохранения, что значительно повысит доступность специализированной гинекологической помощи населению.

Литература

1. Obstetrics and Gynecology // Ed. By William W. Beck, Jr.//Philadelphia, Williams & Wilkins. – ISBN 0-683-06241-7. – 719 с.
2. Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология. Вып. 2 /Под ред. В.И.Кулакова. – М., 2006.
3. Human Reproductive (2002) 17 (2): 426-431. Prediction of endometriosis with serum and peritoneal fluid markers: a prospective controlled trial, - M.A. Bedaiwy, T. Falcone, et al.
4. The Journal of One-Day Surgery // vol. 16, 17th Annual Scientific Meeting, Glasgow 15 & 16 June 2006, Abstracts // British Association of Day Surgery, 2006.

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СПИНАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ, СОПРОВОЖДАЕМЫХ ГЕСТОЗОМ

Кузей И.В.

УЗ «Брестский областной родильный дом»

Введение. По свидетельству некоторых авторов смертность от общей анестезии (ОА) в акушерстве в семнадцать раз выше, чем при нейроаксиальных методах обезболивания. Риск ОА у беременных с сопутствующим гестозом может быть даже и выше из-за вероятности развития отёка гортани и тяжёлой, неуправляемой гипертензии, в ответ на ларингоскопию и интубацию трахеи. Поскольку периферическое сопротивление сосудов практически всегда снижается при спинальной анестезии (СА) из-за симпатической блокады, это вызывает и снижение артериального давления (АД).

Материалы и методы. За три года 2008-2010 автор выполнил анестезиологическое обеспечение при операции кесарева сечения (ОКС) у 97 беременных с сопутствующим гестозом. Из них 90 (92,8%) выполнены под СА. Хочу сразу подчеркнуть, что у этих пациенток не было патологических изменений коагулограммы и тромбоцитопении.

В технике проведения СА были особенности, которые включали в себя:

1. Установку венозного катетера диаметром G 14-18.
2. Обязательная прединфузия до 500 мл 6 или 10% раствора рефортана для восполнения дефицита объема циркулирующей крови (ОЦК).
3. Пункция субарахноидального пространства между L_{II-III} в положении сидя. Использовались только иглы «pencil-point» G 25-27 с проводниковой иглой фирм «Balton», «Portex», «Braun».