

(91 %), астенический соматотип (74 %), склонность к легкому образованию синяков (65 %), вегетативные дисфункции (63 %), нарушение эвакуаторной функции ЖКТ (55 %), гипермобильность суставов (49 %), деформации грудной клетки и позвоночника (36 %), опущение стенок влагалища I – II степени (25 %). Сочетание 6 – 10 признаков обнаружено у 78 % женщин, 10 – 15 признаков у 22 % женщин. У 85 % больных имелись какие-либо малые аномалии развития – изог-

нутые мизинцы, эпикант, неправильный рост зубов, деформированная ушная раковина, сандалевидная щель.

Заключение. У большинства больных с хронической венозной недостаточностью малого таза выявлены маркеры системной патологии соединительной ткани. Это необходимо учитывать для формирования групп риска и выбора тактики лечения больных с этой патологией.

Шешунов И.В., Субботин Д.Н., Розуван А.А., Данилов Д.В.

Кировская государственная медицинская академия, МСЧ-52, Федеральное медико-биологическое агентство, Россия

ВНЕДРЕНИЕ ЭКСТРЕННОЙ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИИ В УСЛОВИЯХ МАЛОГО ГОРОДА

Цель: На примере внедрения в практику гинекологического стационара методов эндовидеохирургии и круглосуточной ультразвуковой диагностики показаны возможности изменения структуры, применяемых диагностических и лечебных технологий пациентам гинекологического профиля в условиях ведомственного лечебного учреждения малого города.

Материал и методы. Для изучения взяты две группы заболеваний наиболее часто встречающейся экстренной патологии малого таза, требующей оперативного вмешательства, – внематочная беременность и апоплексия яичника. Произведены сравнения структуры, методов лечения и исходов заболевания за 1999 – 2002 гг. и 2003 – 2004 гг. и первую половину 2005 г. в гинекологическом стационаре МСЧ-52 г. Кирово-Чепецка. Критерий сравнения выбран по признаку внедрения эндовидеохирургии и круглосуточного ультразвукового исследования в практику работы гинекологического отделения.

Результаты исследования.

Внематочная беременность. Всего обработаны результаты лечения 74 пациенток, из них в 1999 – 2002 гг. 45 человек (1-я группа), в 2003 – 2005 – 29 (2-я группа). В 1-й группе выполнены только лапаротомические вмешательства, во 2-й только лапароскопии. Больные сопоставимы по возрасту, соматическому статусу, времени поступления в стационар (25 и 32 часа соответственно) от начала заболевания, но различны по величине кровопотери (539 мл в группе 1 и 177 мл в группе 2 соответственно). При поступлении всем пациенткам второй группы произведено ультразвуковое обследование. Пункция заднего свода пациенткам данной группы

не проводились. Результаты лечения: в 1-й группе средний койко-день после операции составил 10,9, во второй – 6; время операции 55 мин. и 79 мин. во второй соответственно, время постельного режима в 1-й группе – 49,5 час, во 2-й – 7,5 часа; продолжительность болевых ощущений, потребовавших обезболивания, в 1-й группе 76, во 2-й группе – 12,8 часа соответственно.

Апоплексия яичника. За 1999 – 2002 гг. произведено всего 14 оперативных вмешательств (100 % лапаротомным доступом) по поводу апоплексии яичника. Средний койко-день составил 10,6. Средняя кровопотеря 288 мл. В 2003 – 2004 гг. и первой половине 2005 г. не было ни одного оперативного вмешательства по поводу апоплексии яичника.

Выводы. Внедрение в практику гинекологического отделения круглосуточного ультразвукового обследования и эндовидеохирургических вмешательств позволило:

1. Выработать критерии дифференциального клинично-сонографического диагноза.
2. Отказаться от неоправданных болезненных и травмирующих вмешательств – пункций заднего свода.
3. Отказаться от оперативного вмешательства при апоплексии яичника.
4. Почти полностью заменить лапаротомный метод доступа при экстренных оперативных вмешательствах на придатках матки, что позволило снизить затраты на лечение экстренных больных, снизить травматичность, длительность госпитализации, нетрудоспособность пациенток.