

чужеродного тела с тканями организма реципиента. Имплантируемые материалы очень быстро после имплантации абсорбируют слой белков реципиента еще до того, как становятся заметны начальные признаки клеточного ответа. Хирургические сетки следует считать источником типичной воспалительной реакции. Эта воспалительная реакция зависит не только от свойств полимера, но также от площади поверхности, находящейся в контакте с тканями реципиента [10].

Исходя из полученного нами опыта, данных литературы, на сегодняшний день применение синтетических протезов доказательно обосновано при выполнении сакрокольпопексии и слинговых операций в объеме уретропексии свободной синтетической петлей позадилонным и обтураторным доступами [16]. Использование проленовой системы Prolift для хирургического лечения пролапса гениталий оставляет открытым множество вопросов. С одной стороны, применение системы Prolift воссоздает непрерывность поддерживающего аппарата тазовых органов за счет восстановления одновременно всех имеющихся дефектов, их соединения с фиксированными структурами малого таза. Тазовая фасция – уникальное образование, отличающееся от других соединительно-тканых образований. В гистологическом отношении структуры, которые она образует, сходны тем, что помимо коллагена и эластина, характерных для любой соединительной ткани, они содержат большое количество хаотично расположенных гладкомышечных волокон. В связи с чем, испытывая чрезмерную нагрузку, тазовая фасция не растягивается, как считалось раньше, а разрывается в одном или нескольких участках [8]. Перекрыть границу каждого дефекта в отдельности не представляется возможным. В связи с чем патогенетически обоснованным является подход дублирования сетчатым протезом несостоятельной лобково-шеечной и прямокишечно-влагалищной фасций. С другой стороны, использование больших объемов имплантированных сеток влечет за собой такие mesh-ассоциированные осложнения, как эрозии, сморщивание импланта, раневая инфекция, хроническая боль.

ЛИТЕРАТУРА

1. Айламазян Э. К., Беженарь В. Ф., Цуладзе Л. К. Возможности реконструктивно-пластических операций на тазовом дне с использованием системы Prolift // Ж. акуш. и жен. бол. – 2007. –

Т. LVII, спецвып. – С. 189–190 (Новые технологии в акушерстве и гинекологии: Тез. докл. 3-й междунар. конф. – СПб, 2007).

2. Беженарь В. Ф., Богатырева Е. В. Новые возможности хирургической коррекции тазового пролапса с использованием синтетических имплантов: пути профилактики послеоперационных осложнений // Акушерство, гинекология, репродукция. – 2012. – Т. 6. № 2. – С. 10–11.

3. Буянова С. Н., Савельев С. В., Федоров А. А. Роль ДСТ в патогенезе пролапса гениталий // Рос. вестн. акуш.-гин. – 2008. – Спецвыпуск. – С. 8–11.

4. Попов А. А. Современные аспекты диагностики, классификации и хирургического лечения опущения и выпадения женских половых органов: Дис. д-ра мед. наук. – М., 2001. – 171 с.

5. Радзинский В. Е. Перинеология. – М.: МИА, 2006. – С. 153.

6. Смольнова Т. Ю., Буянова С. Н., Савельев С. В., Петрова В. Д. Дисплазия соединительной ткани как одна из причин недержания мочи у женщин с пролапсом // Урология. – 2001. – № 2. – С. 25–30.

7. Токтар Л. П. Хирургическая коррекция тазового дна после акушерской травмы промежности: Автореф. дис. канд. мед. наук. – М., 2005. – 25 с.

8. Херт Г. Оперативная урогинекология. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2003. – С. 41.

9. Altman D. Perioperative morbidity using transvaginal mesh in pelvic organ prolapse repair // Falconer. ch. for the nordic transvaginal mesh group.

10. Beets G., van Mameren H., Go P. Long-term foreign body reaction to preperitoneal polypropylene mesh in the pig. *Hernia* 2, 153–155 (1998) // *Obstetrics & gynecology*. – 2007. – Vol. 109. № 2. – Part 1.

11. Bhardwaj R. S., Henze U., Klein B. et al. Monocyte-biomaterial interaction inducing phenotypic dynamics of monocytes: a possible role of monocyte subsets in biocompatibility // *J. mater. sci. mater. med.* – 1997. – № 8. – P. 737–742.

12. Cervigni M., Natale F. The use of synthetics in the treatment of pelvic organ prolapsed // *Cur. opin. urol.* – 2001. – Vol. 11. № 4. – P. 429–435.

13. Cosson M., Debodinance P., Boukerrou M. et al. // *Int. urogynecol. j.* – 2003. – Vol. 14. – P. 169–178.

14. Falconer Ch. The use of mesh in prolapse surgery. Science and experience from Scandinavia. Annual meeting of the Austrian urogynecology working group. *Austria-Graz*. 14-15/XL. – 2008.

15. Nilsson C. G., Kuuva N. The tension-free vaginal tape procedure is successful in the majority of women with indications for surgical treatment of urinary stress incontinence // *BJOG*. – 2001. – Vol. 108. № 4. – P. 414–419.

16. Walters M. D. // *Int. urogynecol. j.* – 2003. – Vol. 14. – P. 365–366.

Поступила 08.09.2012

**В. А. КРУТОВА, Л. В. МАКАРЕНКО, О. В. АВАГИМОВА,
И. И. КРАВЦОВ, Н. А. КРАВЦОВА, Т. Г. МЕЛКОНЬЯНЦ,
А. Н. ТИТОВА, Н. С. ТЮТЮННИКОВА, А. П. СТОРОЖУК**

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ БЕСПЛОДИЕМ, ПЕРЕНЕСШИХ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НАРУЖНОГО ГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА

Базовая акушерско-гинекологическая клиника ГОУ ВПО КубГМУ Минздрава России,
Россия, 350072, г. Краснодар, ул. Зиповская, 4/1, тел. (861) 257-04-53. E-mail: klinika@bagk-med.ru

В работе представлены результаты хирургического лечения 62 бесплодных пациенток с НГЭ с применением противоспаечного геля «мезогель». Опытным путем доказана эффективность данного средства в профилактике спайкообразования при реконструктивно-пластических операциях у пациенток с бесплодием, обусловленного наружным генитальным эндометриозом (НГЭ), восстановлении фертильности этих пациенток, повышении качества их жизни после операции.

Ключевые слова: наружный генитальный эндометриоз, противовоспалительный гель «мезогель», восстановление фертильности.

**V. A. KRUTOVA, L. V. MAKARENKO, O. V. AVAGIMOVA, I. I. KRAVTSOV, N. A. KRAVTSOVA,
T. G. MELKONIANTS, A. N. TITOVA, N. S. TYUTYUNNIKOVA, A. P. STOROZHUK**

THE REHABILITATION OF INFERTILE WOMEN WITH EXTERNAL GENITAL ENDOMETRIOSIS AFTER SURGICAL TREATMENT

*Basic obstetric- gynecological clinic Kuban state medical university,
Russia, 350072, Krasnodar, Zipovskaya str., 4/1, tel. (861) 257-04-53. E-mail: klinika@bagk-med.ru*

The results of surgical treatment with the use of the gel «mezogel» of 62 infertile women with external genital endometriosis are presented in this work. The efficiency of this remedy for preventing adhesions after reconstructive plastic operations, renewal of the fecundity of such patients, improvement of the quality of their life are proved by experimental way.

Key words: external genital endometriosis, the gel «Mezogel», restoration of the fecundity.

Женское бесплодие остается одним из ведущих негативных факторов, обостряющих демографическую ситуацию в России, и не имеет тенденции к снижению частоты в популяции [1, 3]. Поиск современных методов сохранения и восстановления фертильности у женщин репродуктивного возраста обусловил широкое внедрение в практику органосохраняющих и реконструктивно-пластических операций на органах малого таза при различной гинекологической патологии.

Эндометриоз является одним из наиболее распространенных заболеваний органов репродуктивной системы у женщин 20–40 лет, его частота, выявляемость колеблется от 7% до 50%. Эндометриоз встречается у 6–44% женщин, страдающих бесплодием и перенесших лапароскопию и лапаротомию [1, 4]. Значимость проблемы обусловлена связанным с эндометриозом ухудшением репродуктивного потенциала женского организма, социальной дезадаптацией, приводящей к изменению эмоциональной сферы пациенток [3, 5]. Эти негативные следствия имеют место в связи с тем, что одной из основных жалоб пациенток с эндометриозом является в большинстве случаев ярко выраженный болевой синдром различной степени тяжести. Болевой синдром сопровождается астенизацией организма, ухудшением настроения, снижением работоспособности, депрессией, что, безусловно, оказывает негативное воздействие на качество жизни больного.

Полагают, что при перитонеальном бесплодии на фоне эндометриоза перивариальные спайки могут затруднять разрыв стенок преовуляторного фолликула и/или препятствовать пассажу яйцеклетки из яичника в ампулярный отдел маточной трубы. Развитие связанного с трубно-перитонеальным бесплодием спаечного процесса при эндометриозе провоцирует воспалительная реакция брюшины, вызванная периодическими менструальноподобными кровоизлияниями в эндометриодные гетеротопии и накоплением в тканях серозно-геморрагического экссудата, способствующего отложению больших масс фибрина [5, 3].

Вследствие отсутствия обособанных возможностей воздействовать на этиопатогенетические механизмы эндометриоза нехирургическими путями основным методом лечения заболевания является максимальное удаление или уничтожение эндометриодных очагов [1, 13, 14].

В то же время само выполнение необходимой операции зачастую ведет к образованию спаечного

процесса в малом тазу. Развитие спаечного процесса приводит к ухудшению качества жизни пациенток из-за возникновения болевого синдрома, а также может усугубить трубно-перитонеальную форму бесплодия (частота развития от 9% до 43%) [4]. Локализация боли обычно совпадает с локализацией спаек. Тазовые боли при спаечном процессе в малом тазу нередко усиливаются в холодное время года, при подъеме тяжести, перед менструацией, во время полового акта [5]. В связи с этим проблема и поиск новых методов реабилитации больных, перенесших хирургическое лечение эндометриоза, остаются актуальными.

Одним из методов, позволяющих решить указанную проблему, является противовоспалительный препарат «мезогель» отечественного производства, разработанный на основе карбоксиметилцеллюлозы. Этот препарат вызывает расслоение и скольжение относительно друг друга участков поврежденных тканей, предупреждая на время реэпителизации их слипание за счет своей вязкости.

Целью исследования явилось изучение возможности использования противовоспалительного геля в профилактике спайкообразования при реконструктивно-пластических операциях у пациенток с бесплодием, обусловленным наружным генитальным эндометриозом (НГЭ).

Материалы и методы

За период с 2008 по 2012 г. в гинекологическом отделении БАГК были прооперированы 62 бесплодные пациентки с НГЭ с применением противовоспалительного геля интраоперационно, который наносился на поверхность матки, внутреннюю поверхность брюшины и места разъединения спаек. Эти пациентки составили основную группу наблюдения. Среди больных основной группы страдали первичным бесплодием 38 (61,3%) женщин, вторичным – 24 (38,7%). Межменструальные кровянистые выделения наблюдались у 32 пациенток (51,6%), альгодисменорея – у 46 (74,1%). Хроническая тазовая боль наблюдалась у 58 (93,5%) женщин. Болевой синдром (БС) отсутствовал в 4 случаях (6,5%), легкая степень БС имела место в 19 случаях (30,6%), средняя наблюдалась у 28 женщин (45,2%), тяжелая – у 11 (17,7%). При оценке болевого синдрома учитывались: дисменорея, диспареуния, боли в области таза, не связанные с менструацией и половым актом.

Степень тяжести болевого синдрома (БС) оценивалась по шкале С. Lavery P. Shaw.

Группу контроля составили 47 бесплодных пациенток, прооперированные по поводу бесплодия, ассоциированного с наружным генитальным эндометриозом, до 2008 г. без применения противоспаечного барьера.

Реабилитация больных в обеих группах проводилась согласно общепринятым стандартам. Различий в течение послеоперационного периода в обеих группах не отмечалось. Всем больным в течение 3–6 месяцев после операции назначались гормональные препараты (монофазные низкодозированные ОК или агонисты ГнРГ).

Результаты

Контроль над эффективностью хирургического лечения с применением противоспаечного барьера «мезогель» осуществлялся в условиях стационара, заключался в проведении повторной лапароскопии, заполнения анкет опросника качества жизни SF-36 для основной группы.

При повторной лапароскопии в основной группе адгезиолизис по поводу спаечного процесса 1–2-й степени произведен у 32 (51,6%) пациенток, по поводу 3–4-й степени – у 8 (12,9%), не выявлено спаечного процесса в 20 (32,3%) случаях. При наличии спаечного процесса отмечены снижение плотности спаек, уменьшение кровотока при их разделении. Качество жизни признано хорошим у 46 женщин (74%), у 16 (26%) – удовлетворительным.

В контрольной группе при динамической лапароскопии был выявлен спаечный процесс 1–2-й степени у 31

(66%) пациентки, 3–4-й степени – у 16 (34%). Отмечен характер спаек плотный, васкулярный.

Оценивая результаты по степени выраженности и характеру спаечного процесса, мы отметили его уменьшение (по сравнению с результатами контрольной группы), очевидно, в связи с использованием противоспаечного геля. Так, спаечный процесс 1–2-й степени в основной группе наблюдался на 14,4% реже, чем в контрольной, а 3–4-й степени – на 21,1% (табл. 1). Полное исчезновение спаек было выявлено только в основной группе.

Оценивая результаты восстановления фертильности, также была отмечена большая частота наступления беременностей в основной группе по сравнению с контрольной. Таким образом, восстановление фертильности выше после хирургического лечения лапароскопическим доступом в комплексе с использованием противоспаечного геля.

С учетом большой социальной активности современных российских женщин особую актуальность приобретает проблема психоэмоциональных расстройств, которые значительно влияют на качество жизни больных, отрицательно сказываясь на отношениях в семье и на работе (увеличение частоты конфликтных ситуаций). Поэтому в процессе исследования данной проблеме было уделено значительное внимание. Критерием оценки эффективности проводимой терапии в данном направлении явились показатели качества жизни женщин (психоэмоциональное самочувствие в социальной среде), которые измерялись с помощью опросника и оценки болевого синдрома (БС).

Таблица 1

Показатели эффективности применения противоспаечного геля «мезогель» после динамической лапароскопии

Наличие и степень спаечного процесса	Контрольная группа (n=47) (до 2008 г.)		Основная группа (n=62) (2008–2012 гг.)	
	Абс.	%	Абс.	%
Отсутствует	0	0	20	32,3
1–2-я степень	31	66,0	34	54,8
3–4-я степень	16	34,0	8	12,9
Итого	47	100	62	100

Таблица 2

Изменения в качестве жизни пациенток НГЭ (основная группа) до и после лечения

Жалобы	До лечения (n=62)		После лечения (n=62)	
	Абс.	%	Абс.	%
Диспареуния	40	64,5	16	25,8
Хроническая тазовая боль	58	93,5	10	16,1
Психоэмоциональные расстройства, ухудшающие качество жизни (эмоциональная лабильность, снижение работоспособности, раздражительность, вспыльчивость)	54	87,1	17	27,4
Дисаритмичный поверхностный сон	28	45,2	12	19,4
Головные боли	49	79,0	19	30,6

Большинство пациенток основной группы до лечения отмечали ухудшение качества жизни, которое выражалось в наличии хронических тазовых болей – у 58 (93,5%), диспареунии – у 40 (64,5%), эмоциональной лабильности, снижении работоспособности, раздражительности, вспыльчивости – у 54 (87,1%), дисаритмичного поверхностного сна – у 28 (45,2%), головных болей – у 49 (79,0%),

После проведенного лечения большинство женщин отметили улучшение качества жизни по всем указанным параметрам (табл. 2).

Как видно из таблицы, проведенное лечение пациенток с НГЭ с применением противоспаечного геля «мезогель» и последующей медикаментозной гормональной терапией показывает высокую эффективность в отношении повышения качества жизни больных. Так, отмечается снижение жалоб на диспареунию на 38,7%, хроническая тазовая боль перестала беспокоить подавляющее число женщин (отмечено снижение жалоб на 77,4%), жалобы на психоэмоциональные расстройства сократились на 59,7%, частота жалоб на дисаритмичный поверхностный сон сократилась на 25,8% пациенток, на головные боли – почти в два раза (на 48,4%).

Таким образом, согласно полученным данным, социальная составляющая (психоэмоциональные расстройства, ухудшающие качество жизни) стоит на одном из первых мест в симптоматике эндометриоза, что еще раз подчеркивает необходимость исследования данной проблемы.

Обсуждение

Существует множество теорий патогенеза генитального эндометриоза, согласно которым он тесно связан с образованием спаек. Данные о связи этой патологии со спаечным процессом, представленные некоторыми исследователями, основаны на результатах анализа микроскопических и гистологических находок [1, 7]. При этом во всех клинических описаниях эндометриоз рассматривается в комплексе с сопутствующим спаечным процессом: в 39–50% случаев [12, 13] под спайками обнаруживали очаги эндометриоза.

Авторы, занимающиеся проблемой эндометриоза, установили, что непроходимость маточных труб, обуславливаемая основным заболеванием и являющаяся также фактором женского бесплодия, встречается в 11,3–15,6% наблюдений. Кроме того, они отметили, что существующие поражения труб именно эндометриозной природы далеко не всегда распознаются при проведении визуального осмотра при лапароскопии. Имеются сообщения, что при тщательном повторном гистологическом исследовании маточных труб, удаленных по поводу поствоспалительных гидросальпинксов, в 30,0% случаев в них обнаруживаются эндометриозные гетеротопии [1, 10].

Несмотря на относительно щадящий характер эндоскопического оперативного вмешательства, лечебная лапароскопия при НГЭ является фактором, оказывающим негативное воздействие на фолликулярный резерв яичников, а также обуславливающим развитие мощного и распространенного спаечного процесса [2]. Данный факт обуславливает необходимость интраоперационного введения противоспаечных барьеров, только сейчас находящих относительно широкое применение в отечественной гинекологии в связи с высокой стоимостью. Нельзя не отметить и негативное

воздействие операции на гомеостаз в связи с применением комплекса препаратов для обеспечения наркоза, всасыванием в брюшной полости продуктов распада травмированных (коагулированных) тканей.

Хотя хирургическое лечение данной патологии остается единственным методом, позволяющим радикально удалить морфологический субстрат эндометриоза, возможность оставления микроскопически не визуализирующихся гетеротопий обуславливает необходимость последующей гормональной терапии [1, 4, 7, 12]. Частота восстановления фертильности у этих больных после эндоскопического лечения составляет до 30,1%, а при сочетании с гормонотерапией может увеличиваться до 32,9% [4, 7].

Безусловное требование продолжения комплексного лечения в послеоперационном периоде обусловило необходимость разработки консервативных медикаментозных методов коррекции состояния данной группы гинекологических больных, среди которых на первом месте сегодня стоят дифференцированные методики гормонального лечения.

Основным направлением консервативной терапии больных эндометриозной болезнью является восстановление нарушенного гормонального и иммунного статусов. Патогенетической основой назначения гормональной терапии являются уменьшение секреции эстрадиола и блокирование овуляции вследствие временного угнетения циклической функции яичников, приводящей к регрессу эндометриозных очагов. В настоящее время гормональное лечение больных эндометриозной болезнью с помощью антиэстрогенных лекарственных средств базируется на применении таких гормономодулирующих препаратов, как прогестагены, антигонадотропины, агонисты ГнРГ, комбинированные эстроген-прогестагеновые препараты.

Таким образом, применение в комплексе хирургического лечения пациенток репродуктивного возраста противоспаечного геля «мезогель» и лапароскопического доступа при хирургическом лечении НГЭ при наличии условий и показаний для его выполнения позволяет минимизировать спаечный процесс после операции, улучшить результаты лечения и восстановления фертильности пациенток, повысить качество их жизни после операции. Необходимым условием лечения оперированных больных является применение в период послеоперационной реабилитации консервативной терапии с использованием гормономодулирующих препаратов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адамян Л. В., Кулаков В. И. Эндометриоз: Руководство для врачей. – М., 1998.
2. Адамян Л. В., Мынбаева О. А. Акушерство и гинекология. – 1998. – № 3. – С. 33–38.
3. Алыев Ш. А. Новый подход к профилактике спаечного процесса в оперативной гинекологии / Ш. А. Алыев, Л. И. Сирматова, Э. М. Кислицына, И. М. Шестакова // Материалы X, юбилейного Всероссийского научного форума «Мать и дитя». – М., 2009. – С. 249–250.
4. Баскаков В. П., Цвелев Ю. В., Кира Е. Ф. Эндометриозная болезнь. – СПб, 2002.
5. Белова А. Н., Крупина В. Н. Хроническая тазовая боль: Руководство для врачей. – М., 2007.
6. Волков Н. И. Эндометриоз как причина бесплодия. – М., 2010.
7. Железнов Б. И., Стрижаков А. Н. Генитальный эндометриоз. – М., 1985.

8. Кулаков В. И., Адамян Л. В. Эндоскопия в гинекологии. – М., 2000.
9. Сухих Г. Т., Назаренко Т. А. Бесплодный брак. Современные подходы к диагностике и лечению. – М., 2010.
10. Фаткуллин И. Ф. Эндохирургическое лечение больных при трубной беременности с использованием нового противоспаечного барьера на основе производного целлюлозы / И. Ф. Фаткуллин, Ш. А. Алыев // Вестник Российского университета дружбы народов. – 2009. – № 7. – С. 341–347.
11. Ярмолинская М. И., Тарасава М. А., Сельков С. А., Баранов В. С., Рулен В. В. Наружный генитальный эндометриоз: Пособие для врачей. – СПб, 2002.

12. Chatman D. L. Modern diagnosis of endometriosis // Syllabus postgraduate course VIII AAGL 22nd annual meeting, – 2003. – P. 153–164.
13. Donnez J., Niisolle M., Clerckx F. Evaluation of preoperative use of danazol, gestrinone, lynestrenol, buserelin spray and buserelin implant in the treatment of endometriosis associated infenility // D. R. Candha, V. C. Jr. Buttam (eds.). // Current consepts in endometriosis. – New York: Alan R. Liss. – P. 357–382.
14. Martin D. C. Atlas of endometriosis. – London: Gower medical publishing, 2003. – P. 95.

Поступила 23.09.2012

В. А. КРУТОВА, С. В. ЧУПРИН, О. В. СУШКОВА

К ВОПРОСУ ПРОФИЛАКТИКИ ПЕРИОПЕРАЦИОННОЙ ГИПОТЕРМИИ В УСЛОВИЯХ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

Базовая акушерско-гинекологическая клиника ГОУ ВПО КубГМУ Минздравсоцразвития России, Россия, 350072, г. Краснодар, ул. Зиповская, 4/1, тел. (861) 257-04-53. E-mail: klinika@bagk-med.ru

В статье представлены сводные данные о причинах возникновения периоперационной гипотермии, негативных эффектах, связанных с переохлаждением во время операции и анестезии. Предложен алгоритм борьбы с гипотермией в условиях гинекологического стационара, статистически подтверждена его эффективность.

Ключевые слова: операция, гипотермия, негативные эффекты, профилактика.

V. A. KRUTOVA, S. V. CHUPRIN, O. V. SUSHKOVA

TO THE ISSUE OF PREVENTION OF PERIOPERATIVE HYPOTHERMIA IN TERMS OF GYNECOLOGICAL HOSPITAL

Basic obstetric- gynecological clinic Kuban state medical university, Russia, 350072, Krasnodar, Zipovskaya str., 4/1, tel. (861) 257-04-53. E-mail: klinika@bagk-med.ru

This article presents a summary of the causes of perioperative hypothermia, the negative effects of hypothermia during surgery and anesthesia. The algorithm of dealing with hypothermia in the gynecological hospital, statistically confirmed its effectiveness.

Key words: surgery, hypothermia, negative effects, prevention.

Являясь постоянным спутником оперативных вмешательств (от 60% до 90%, по зарубежным литературным данным), гипотермия продолжает оставаться актуальной проблемой.

Гипотермия задерживает выход из анестезии, продлевает период послеоперационного наблюдения в палате интенсивной терапии, способствует развитию серьезных осложнений: увеличение объема кровопотери, повышение частоты периоперационных кардиальных осложнений, замедление репаративных процессов, увеличение частоты инфицирования ран и сроков пребывания в стационаре. Наибольший темп снижения температуры отмечается в первый час пребывания пациента в операционной, что связано с температурным режимом помещений, вынужденным неподвижным положением, обработкой кожи холодными растворами антисептиков, внутривенной инфузией холодных растворов, ингаляцией холодной газонаркоотической смеси и специфическим действием анестезиологических препаратов, блокирующих защитные рефлексы организма на действие холода.

Пока наши зарубежные коллеги решают вопросы одновременного обеспечения во время операции ком-

фортных условий больному и операционной бригаде, у нас в большинстве стационаров нет вообще никакого протокола температурного контроля в операционных. А выражение «Согреть больного душевным теплом» появилось, вероятно, из-за отсутствия других средств согревания.

Работая в условиях реальной конкурентной «борьбы за пациента», мы решили прекратить практически ежедневное лицезрение дрожащих после операций больных и не только мониторировать температуру пациента, но и управлять ею для достижения нужных благоприятных эффектов. С этой целью было закуплено необходимое оборудование, проведена серьезная разъяснительная работа и сформирован стандарт периоперационного теплосбережения в условиях клиники.

Материалы и методы

В основе всех мероприятий по борьбе с гипотермией была положена норма мировой медицинской практики – поддержание температуры тела пациента не ниже 36,0° С. Это достигалось за счет следующего стандартного набора действий: