

у 9,2%, в течение последующих 3 суток — у 9,2%. Неэффективным аборт оказался у 2,3% женщин, которым была выполнена вакуумная аспирация. Дополнительная терапия в восстановительном периоде была проведена у 3,8% пациенток (утеротоники, гемостатические средства в связи с большим количеством дестрита в полости матки) или гестагены — 4,6%. В одном случае (через 3 месяца после МА) был диагностирован плацентарный полип, который был удален методом мануальной вакуумной аспирации под контролем гистероскопии (диагноз подтвержден морфологическим исследованием удаленного материала). Сравнительная оценка частоты осложнений при использовании Мифепристона в дозе 600 мг с 200 мг показала отсутствие разницы — 3,2% и 3,1% соответственно.

Цанцингер Татьяна Павловна, заведующая ОМО ГБУЗ СО «Клинико-диагностический центр «Охрана здоровья матери и ребенка» сделала сообщение на тему: «Женская консультация — ключевое звено. Что нужно женщине?».

Основная задача акушерско-гинекологической службы — охрана репродуктивного здоровья женщины — комплекс мероприятий, сочетание методов, способов и услуг, которые способствуют репродуктивному здоровью и благополучию за счет предупреждения и устранения проблем, связанных с репродуктивным здоровьем.

Женская консультация, среди прочих основных функций, осуществляет:

— консультирование и оказание услуг по вопросам охраны репродуктивного здоровья, применения современных методов профилактики абортов согласно установленным стандартам;

— прерывание беременности в ранние сроки, а также выполнение малых гинекологических операций с использованием современных медицинских технологий.

Абсолютное число абортов в Свердловской области за последние 5 лет снизилось с 56166 в 2006 г. до 44572 в 2011 г., т.е. на 16%. За последние 6 лет количество абортов в Свердловской области уменьшилось на 11500 случаев. За прошедший 2011 год произошло снижение абортов на 2579. За 9 месяцев 2012 года, по данным мониторинга абортов, их количество снизилось на 3500 случаев по сравнению с прошлым годом. Показатель абортов на 1000 женщин фертильного возраста снизился с 46,8‰ в 2006 г. до 38,4‰ — в 2011 г.

Кроме того, Т. П. Цанцингер отметила, что в Свердловской области низкий процент прерываний беременности в ранние сроки (2011 г. — 31,8%). Среди причин этого явления врачи называют следующие: женщины не торопятся обращаться, т.к. до 12 недель успеют; не информированы о преимуществах прерывания беременности в ранние сроки; в условиях женской консультации нет адекватного обезболивания; предпочитают медикаментозный аборт, поэтому идут в частные клиники; обследование для аборта проводится в течение 7-10 дней (RW, ВИЧ); отдаленность населенных пунктов.

В целях улучшения оказания медицинской помощи женщинам при непланируемой беременности 29.10.2012 г. был издан приказ Министерства здравоохранения СО № 1229-п «О совершенствовании медицинской помощи при прерывании беременности на территории Свердловской области». К новациям указанного приказа можно отнести возможность амбулаторного оказания услуг по прерыванию беременности в сроках до 10 недель методом вакуумной аспирации и до 6 недель — МА, минимизация методов обследования, включение МА в систему ОМС и некоторые другие. Все это позволит снять ограничения доступности к безопасным методам и снизить количество осложнений после аборта, а значит — сохранить репродуктивное здоровье женщин для последующей реализации репродуктивных планов.

Г. Б. ДИККЕ (Москва).

## Внутриутробная хирургия: современные возможности и безопасность

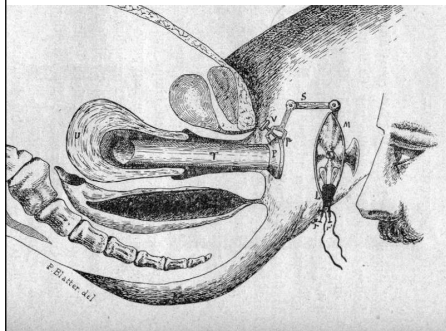


Рис. 1. P. Blatter. Hysteroscopia.

Впервые об эндоскопии медицинская общественность узнала в 1795 году, когда Боццини изобрел и в 1806 г. представил первый эндоскоп. Впервые принцип эндоскопии в гистероскопии реализовал Панталеоли в 1869 году. В дальнейшем происходило формирование технических решений, на которых строится современная гистероскопия:

• 1914 г. — Heineberg применил промывную систему.

• 1927 г. — Микулич-Радецки и Фреунд выполнили под контролем гистероскопии биопсию эндометрия, электрокоагуляцию устьев маточных труб с целью стерилизации.

• Параллельно проводились исследования среды (газ, жидкость), необходимой для расширения полости матки.

• 1934 г. — Schroeder поместил линзу на торце гистероскопа, а не сбоку, что увеличило поле зрения.

• 1966 г. — разработана оптическая система стержневых линз Норкинс, впоследствии усовершенствованная А. Намоу.

• 1986 г. — разработана цветная мини-видеокамера, что позволило передать изображение с окуляра лапароскопа на экран монитора — начало видеондоскопической хирургии. В свою очередь это дало серьезный толчок развитию внутриутробной хирургии.

• 1990-е годы — разработка и внедрение итальянским доктором С. Бетокки технического приема, который в настоящее время носит название гистероскопия по Бетокки, гистероскопия-вагиноскопия, «no-touch гистероскопия».

• 2006 г. — разработка внутриматочной шейверной системы.

Говоря о внутриматочной хирургии необходимо выделить несколько направлений, которые в настоящее время объединены под этим термином. Это в первую очередь диагностическая и хирургическая гистероскопия, которые могут проводиться стационарно и амбулаторно. В свою очередь, хирургическая стационарная гистероскопия состоит из:

— гистероскопии с использованием механических инструментов и электродов — носителей энергии (монополярной, биполярной, световой, лазерной, радиоволновой);

— гистерорезектоскопии;

— технологии «Холодного ножа» или «шейверной» технологии (to shave — тонко срезать, брить);

— внутриматочного термического воздействия (криовоздействие, термоабляция);

— фетальной хирургии — оперативных вмешательств, проводимых внутриматочно, во время беременности, с целью коррекции аномалий развития плода и плодного яйца).

Еще одним новым направлением можно считать амбулаторную гистероскопию и внутриматочную хирургию — использование офисных гистероскопов

с хирургическим каналом и соответствующего микроинструментария.

Существует большое количество разных технических решений для гистероскопии, но все они включают следующие элементы: оптическую трубку, наружный тубус и промежуточный тубус с каналами подвода/отвода расширяющей среды, а также каналом для инструментов.

В настоящее время общепринятыми показаниями к гистероскопии являются: подслизистая миома матки, внутриматочная перегородка, внутриматочные синехии, полип эндометрия, гиперплазия эндометрия, удаление остатков внутриматочного контрацептива, бесплодие, рак эндометрия.

Противопоказания к гистероскопии: недавно перенесенный или имеющийся к моменту исследования воспалительный процесс половых органов, прогрессирующая беременность, обильное маточное кровотечение, стеноз шейки матки, распространенный рак шейки матки, общие инфекционные заболевания в стадии обострения (грипп, пневмония, пиелонефрит, тромбофлебит), тяжелое состояние больной при заболевании сердечно-сосудистой системы, печени, почек.

Несмотря на кажущуюся простоту использования, гистероскопия может сопровождаться осложнениями. Осложнения могут возникать как при проведении диагностической, так и оперативной гистероскопии. Уровень осложнений при диагностической терапии низок и составляет приблизительно 0,012% (Lindemann, 1989). Осложнения при оперативной гистероскопии встречаются чаще и представлены более тяжелыми формами.

Согласно Taylor & Gordon (1994), источниками осложнений могут быть:

— анестезия;

— положение пациентки;

— расширяющая среда;

— хирургические осложнения: а) перфорация матки, б) кровотечения, в) электротравмы;

— отсроченные осложнения: а) инфекция, б) формирование синехий, в) сохранение симптоматики заболевания после проведенного вмешательства.

Наличие специфических, подчас тяжелых и фатальных осложнений заставляет совершенствовать технологии, используемые при гистероскопии. Одной из них является шейверная технология — внутриматочная морцелляция — технология холодного ножа.

Внутриутробный шейвер создан на основе существующей шейверной технологии, пришедшей к нам из оториноларингологии. В основе лежит конструкция вращающегося ножа, вводимого через инструментальный канал хирургического гистероскопа. Первые коммерческие образцы шейвера были представлены в конце 2006 года. В настоящее время гинекологические шейверы производятся только двумя производителями в мире, и еще два представили опытно-экспериментальные образцы.

Один из опытно-экспериментальных образцов создан и апробирован в Казани. Результаты этой апробации были представлены в докладе и материалах XX Конгресса Европейской ассоциации гинекологов-эндоскопистов в Лондоне, 2011 году.

Какие же преимущества имеет шейверная технология перед традиционной хирургической гистероскопией и гистерорезекцией?

Здесь нужно отметить отсутствие избыточной интравазации жидкости во время операции, гипергликемии т.к. нет необходимости использовать в качестве расширяющей среды 5% глюкозу (часто

используемую в России при монополярной внутриматочной хирургии), вероятности перфорации вследствие неправильного приложения электроэнергии, ожогов под пассивным электродом вследствие неконтролируемой утечки тока (монополяр), ограниченного поля обзора вследствие загрязнения чипсами по ходу операции, повреждения шейки матки и перфорации вследствие неоднократного введения и выведения инструмента для удаления резецированных кусочков, необходимости в длительном обучении и получении собственного опыта как при освоении хирургической гистероскопии — гистерорезекции.

К недостаткам технологии относят необходимость: специального оборудования, определенного навыка работы гистероскопом, проведения анестезии и, как следствие возможность связанных с ней осложнений, расширения шейки матки до № 9 р. Гегара (последние модели требуют меньшего расширения), а также ограниченное применение — морцелляция миом, полипов, эндометрия и перегородки.

Еще одним интереснейшим направлением является амбулаторная внутриматочная хирургия.

Как правило, в условиях амбулатории принято проводить диагностический этап гистероскопии и готовить пациенток для последующего лечения в условиях гинекологического отделения стационара. Ограничением к проведению внутриматочных манипуляций является необходимость использовать инструменты большего диаметра и, как следствие, необходимость анестезии. С уменьшением наружного диаметра гистероскопа, а в настоящее время современные гистероскопы с инструментальным каналом имеют диаметр менее 5 мм (минимум 3,5), появилась возможность проводить диагностические, а затем и хирургические процедуры без обезболивания.

Кратко о преимуществах современной амбулаторной гистероскопии можно сказать в тезисах:

• возможность моментального перехода от диагностического этапа к хирургическому;

• минимальная травматизация — отсутствие необходимости в анестезии;

• возможность использования микроинструментов — механических, электрических и т.д.;

• отсутствие многих характерных для гистероскопической операции специфических осложнений;

• высокий уровень безопасности.

Таким образом, гистероскопия является активно развивающимся направлением в эндоскопической медицине. Многочисленные инновации повышают безопасность и эффективность данной процедуры и позволяют расширить границы применения этой технологии, как в стационарных, так и в амбулаторных условиях.

И. В. КЛЮЧАРОВ, к.м.н., ассистент кафедры акушерства и гинекологии № 1 КГМУ; А. А. ХАСАНОВ, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии № 1 КГМУ; В. Н. САФИНА, заведующая гинекологическим отделением МУЗ ЦРКБ № 18.

### Список литературы:

1. Савельева Г. М. и соавт. Гистероскопия. — М.: Гэотар-мед., 2001.
2. Кулаков В. И., Адамян Л. В. Эндоскопия в гинекологии. — М.: Медицина, 2000.
3. Klyucharov I., Hassanov A., Samigullova A. A shaver-like system (SLS) for intrauterine pathology treatment, preclinical investigation. // Gynecological surgery, V. 8, Suppl. 1, Sept. 2011, s. 207.

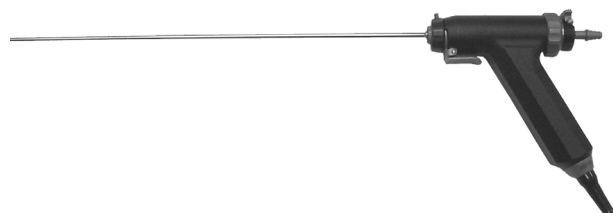


Рис. 2. Шейвер в сборе.



Рис. 3. Современный офисный гистероскоп.