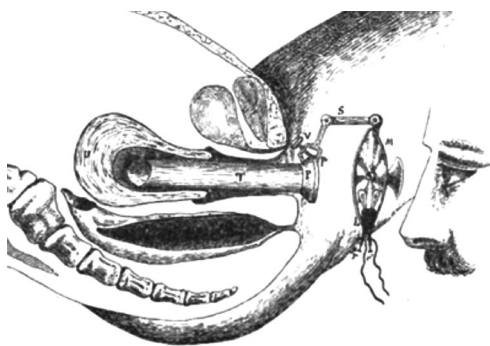


Амбулаторная гистероскопия. Что важно знать?

Выполнение первой гистероскопии датируется 1896 г., когда у пациентки с кровяными выделениями из половых путей Pantaleoni обнаружил и удалил полип эндометрия, используя специально сконструированный для этого диагностический тубус и металлическую пластину для освещения полости матки отраженным светом (рис. 1).

Рис. 1. Гистероскопия (1898 г.).



Отсутствие качественной оптики, осветителей и инфузومات долгое время сдерживало развитие гистероскопии. Потребовалось более четверти века, чтобы технический прогресс смог «догнать» и удовлетворить потребности врачей. В 1925 г. Rubin впервые выполнил гистероскопию при помощи сконструированного ранее цистоскопа и предложил использовать разные среды для расширения матки. Наиболее активное развитие процедура получила в 70–80-е годы XX века, когда появились инфузматы и специальное электрохирургическое оборудование. В 2000 г. S. Betocchi внедрил выполнение гистероскопии в амбулаторных условиях без анестезии и вспомогательных инструментов, применяя только мини-гистероскоп. Уже через 4 года его опыт проведения офисной гистероскопии (ОГ) составлял почти 5 тыс. процедур, что дало возможность рассматривать ее как одну из важнейших стационарзамещающих технологий, а вагиноскопическую методику выполнения операции – в качестве эталонной.

Обеспечение

Для проведения диагностической ОГ необходимо наличие: гистероскопа, диагностического тубуса, обеспечивающего приток и отток жидкостной среды, полых трубок и гистеропомпы, осветителя и светового кабеля, камеры и монитора.

Для проведения внутриматочных операций помимо этого потребуются: тубус с рабочим каналом для инструментов, механические инструменты (зажим, щипцы, ножницы), электрохирургический блок и электрохирургические инструменты. Выбор типа гистероскопа (диагностический или операционный) определяется тем, какие задачи стоят перед

врачом. При выборе гистероскопа стоит помнить о том, что выраженность болевого синдрома напрямую зависит от его диаметра (см. таблицу) [1] и применяемой дилатационной среды.

Болевые ощущения менее выражены при использовании жидкостных сред, применении гибких или полужестких гистероскопов. Однако в рутинной практике гибкие гистероскопы используются редко, так как жесткие инструменты имеют больший срок службы и более универсальны. Диагностическая ценность ОГ не уступает традиционной. Несмотря на меньший диаметр, современные мини-гистероскопы дают возможность получить качественное изображение с углом обзора как 0° (AlfaScope), так и 30° (UbiPack).

Показания

Показания для проведения ОГ: гиперпластические процессы эндометрия и миометрия, аномалии развития внутренних половых органов, синдром Ашермана, нарушения менструального цикла, бесплодие и привычные репродуктивные потери, контроль проведенного ранее хирургического и гормонального лечения, выполнение стерилизации и удаление инородного тела из полости матки.

Противопоказания для ОГ: острые воспалительные заболевания тазовых органов, наличие заболеваний, передаваемых половым путем, инвазивный рак шейки матки, маточная беременность.

Относительные противопоказания: состояния, при которых ухудшается визуализация полости матки (наличие менструации или обильного маточного кровотечения); рак эндометрия, стеноз цервикального канала и размеры удаляемой патологии (полипов и миом) более 2 см.

При проведении плановой ОГ у пациенток с бесплодием оптимальный срок вмешательства – период «имплантационного окна», во всех остальных ситуациях – ранняя фаза пролиферации.

Техника

Одно из заблуждений при проведении ОГ – то, что ее нельзя выполнить без дополнительной анестезии или анальгезии и без применения вспомогательных инструментов. В результате нарушается классическая вагиноскопическая техника, что приводит к увеличению болезненности и дискомфорта пациентки. Исследования показывают, что при использовании гистероскопов, специально предназначенных для ОГ, у женщин с правильно определенными показаниями, даже в отсутствие местной анестезии, дискомфорт во время операции незначителен [2].

Болезненность разных этапов ОГ неодинакова и определяется характером иннервации матки (рис. 2).

Наибольшая концентрация нервных окончаний – в области внутреннего зева и устьев маточных труб. Поэтому именно эти зоны сильнее реагируют на растяжение и давление, в связи с этим целесообразна модификация техники операции.

Итак, при проведении ОГ пациентка укладывается в литотомическое положение. Головной конец во время процедуры всегда должен находиться в несколько приподнятом положении. Предварительной обработки наружных половых органов и влагалища антисептиками не требуется. Гистероскоп вводится в задний свод влагалища. После расправления стенок влагалища физиологическим раствором, осмотра его стенок и влагалищной порции шейки матки гистероскоп продвигается в сторону цервикального канала. Нормальная анатомия канала предполагает его щелевидную форму, расположенную горизонтально (по отношению к хирургу). Многие офисные гистероскопы имеют овальное сечение в поперечнике (рис. 3), для того чтобы при повороте инструмента на 90° он мог пройти своим наименьшим размером вдоль цервикального канала.

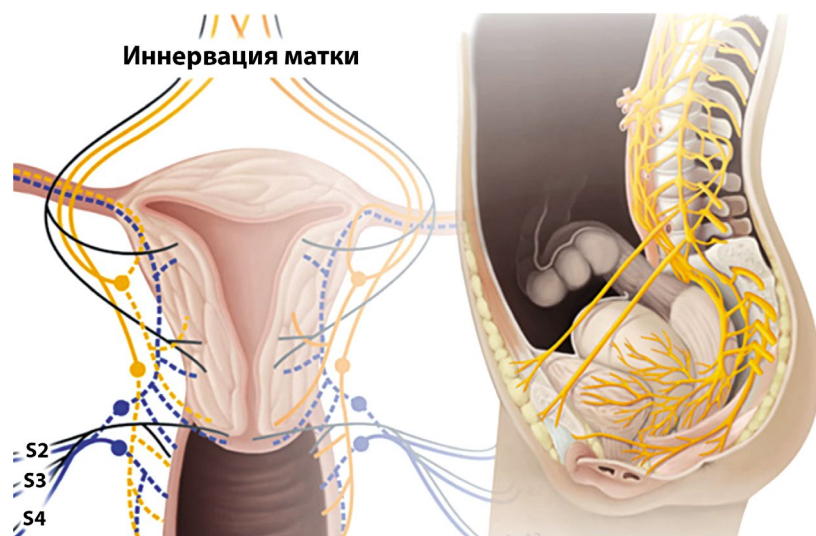
Для снижения болезненности ОГ на этом этапе важно продвигать гистероскоп медленно и плавно. Можно рекомендовать использование физиологического раствора, подогретого до 36°C. При сложности прохождения через канал можно применять механические инструменты, чтобы немного расширить его.

После прохождения через внутренний зев гистероскоп поворачивается обратно на 90° в стандартное положение, и полость матки расширяется за счет поступающего физраствора. Во избежание развития вазовагального рефлекса, сопровождающегося понижением давления, нарушением ритма сердца, по-

Сравнительная характеристика жестких гистероскопов

Производитель	Размеры жестких офисных гистероскопов
AlfaScope (Johnson & Johnson)	Оптика – 1,9 мм Диагностический тубус – 3,5 мм Рабочий канал (до 7 Fr)
UbiPack (Sopro Comeg)	Оптика – 2,7 мм Диагностический тубус – 3 мм Тубус с рабочим каналом – 4 мм Рабочий канал (до 5 Fr)
Офисный гистероскоп (Karl Storz)	Оптика – 3 мм Тубус с рабочим каналом – 4 мм Рабочий канал (до 5 Fr)
B.I.O.H (Karl Storz)	Оптика – 3 мм Тубус с рабочим каналом – 4 мм Рабочий канал (до 5 Fr)
TROPHY Scope (Karl Storz)	Оптика в сочетании с тубусами (меняющийся диаметр) – 2,9–3,7–4,4 мм Рабочий канал (до 5 Fr)

Рис. 2. Иннервация матки.



темнением в глазах, «дурнотой», и для снижения болевых ощущений внутриматочное давление должно повышаться медленно и не превышать 80–120 мм рт. ст. В идеальной ситуации процедура должна проводиться с минимально возможным давлением. После того как полость матки расширилась, выполняется обзорная гистероскопия: осмотр задней, передней и боковых стенок, устьев маточных труб, перешеечной области, а также расположения, характера и размера полипов, миом или иной патологии, что позволяет спланировать правильную последовательность дальнейших хирургических шагов.

Время, затрачиваемое на хирургический этап, должно быть адекватно поставленной задаче. Единых стандартов нет, но общепринятым считается, что хирургический этап не должен превышать 30–40 мин, – этого достаточно, для того чтобы удалить большинство полипов или миом диаметром до 3 см [3].

Некоторые хирургические приемы

При проведении диагностической гистероскопии у пациенток с бесплодием достаточно взятия биопсии эндометрия и оценки проходимости труб при помощи «пузырькового» теста или эхографического контроля. Проведение прочих вмешательств требует большего опыта и владения некоторыми хирургическими приемами.

Среди них стоит упомянуть о «слайсинге» (англ. slice – нарезать кусочками), позволяющем удалить даже большие полипы путем постепенного отрезания небольших частей, начиная от свободного конца к основанию полипа. Иссеченные кусочки целесообразно удалять сразу же, чтобы они не перекрывали обзор операционного поля.

Выбор инструмента – механического или электрохирургического – зависит от клинической ситуации. Электрохирургические инструменты, применяемые при ОГ, – биполярные, поэтому ими можно работать без смены среды в физиологическом растворе. Они ускоряют работу хирурга и позволяют прижигать мелкие кровоточащие сосуды, что в итоге улучшает визуализацию. Однако у женщин, планирующих беременность или при «тонком» эндометрии, некоторые исследова-

тели рекомендуют применение обычных инструментов, не приводящих к термическому повреждению тканей.

При удалении субмукозных узлов в первую очередь рассекается их капсула, а затем пошагово удаляется весь узел. Для упрощения миомэктомии применяются гидромассаж матки и введение утеротоников (окситоцин 1–2 МЕ) в шейку матки или внутривенно.

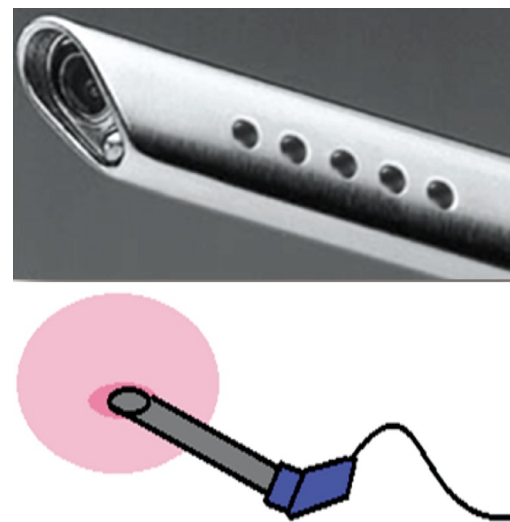
Еще один хирургический прием, применяемый при миомэктомии, – OPPIuM (Office Preparation of Partially Intramural Myomas – офисная подготовка частично интрамуральных миом) [4]. Он используется при удалении миоматозных узлов с центрипетальным ростом. Процедура проводится за 1–3 мес до назначенной резекции миоматозного узла. Вмешательство ограничивается круговым рассечением его капсулы. Такая манипуляция приводит к тому, что миоматозный узел из преимущественно интрамурального постепенно переходит в субмукозный. ОГ – не только полезный инструмент для терапии миом, но и важный диагностический метод оценки полости матки после миомэктомии.

Разделение синехий – одно из наиболее сложных вмешательств во внутриматочной хирургии. Нарушенное анатомическое взаимоотношение внутри полости матки не всегда позволяет успешно провести процедуру в один этап. Среди пациенток с синдромом Ашермана для ОГ целесообразно отбирать женщин с 1–2-й степенью заболевания. Пациентки с выраженной облитерацией полости матки нуждаются в проведении традиционной гистероскопии, в ряде случаев под контролем лапароскопии. При разделении синехий можно рекомендовать применение ножниц, а не электрохирургических инструментов.

Достаточно не сложна в исполнении и метропластика при наличии внутриматочной перегородки, она может выполняться как ножницами, так и биполярным электродом. Перед процедурой необходимо убедиться в том, что у пациентки именно перегородка, а не неполное удвоение матки. В последнем случае при необходимости оперативного лечения женщину целесообразно направлять в стационар.

Послеоперационное ведение больных зависит от характера выполненного вмеша-

Рис. 3. Форма рабочей части гистероскопа и его расположение в цервикальном канале.



тельства. Однако в подавляющем большинстве случаев они не нуждаются в обезболивающей, спазмолитической или гемостатической терапии. Лишь 30% пациенток отмечают скудные кровяные выделения после ОГ [5] или легкий дискомфорт в нижних отделах живота. Антибактериальная терапия назначается редко и по профилактической схеме.

ОГ ассоциирована с крайне низкой частотой таких осложнений, как кровотечение, воспаление, перфорация матки [6], это во многом связано с тем, что все манипуляции, в том числе вхождение в полость матки, не «слепые», а осуществляются под контролем зрения.

Выводы

Таким образом, амбулаторная (офисная) гистероскопия – высокоинформативный, малоинвазивный метод диагностики и лечения внутриматочной патологии, позволяющий сократить объем и время догоспитального обследования и исключить необоснованное стационарное лечение, сократить сроки снижения трудоспособности женщин.

Широкие возможности, предоставляемые ОГ в диагностике и терапии синехий, полипов, миом, бесплодия, не оставляют сомнений в ее значимости. Сложно представить, какая другая методика в гинекологии имеет столь большие перспективы развития в рамках расширения амбулаторно-поликлинической помощи женщинам.

По материалам статьи В.В. Коренной «Амбулаторная гистероскопия. Практические рекомендации», опубликованной в журнале «Consilium Medicum».

Литература

- Cicinelli E. Hysteroscopy without anesthesia: review of recent literature. *J Minim Invasive Gynecol.* 2010;17(6):703–8.
- Bettocchi S, Ceci O, Nappi L, et al. Operative office hysteroscopy without anesthesia: analysis of 4863 cases performed with mechanical instruments. *J Am Assoc Gynecol Laparosc.* 2004;11(1):59–61.
- Carta G, Palermo P, Marinangeli F, et al. Waiting time and pain during office hysteroscopy. *J Minim Invasive Gynecol.* 2012;19(3):360–4.
- Bettocchi S, Di Spiezio Sardo A, Ceci O, et al. A new hysteroscopic technique for the preparation of partially intramural myomas in office setting (OPPIuM technique): A pilot study. *J Minim Invasive Gynecol.* 2009;16(6):748–54.
- Gulumser C, Narvekar N, Pathak M, et al. See-and-treat outpatient hysteroscopy: an analysis of 1109 examinations. *Reprod Biomed Online.* 2010;20:423–9.
- Van Kerckvoorde TC, Veersema S, Timmermans A. Long-term complications of office hysteroscopy: analysis of 1028 cases. *J Minim Invasive Gynecol.* 2012;19(4):494–7.



OMNIDOCTOR.RU