

Современные методы диагностики и лечения в амбулаторной практике акушера-гинеколога. Организационные и методические аспекты

Г.А. Хохлова, Н.И. Портнова, М.В. Байцур, Ю.В. Полякова
ФГУ «Поликлиника № 1» УД Президента РФ

От оснащения акушерско-гинекологического отделения на поликлиническом уровне зависит качество обследования и лечения беременных и гинекологических больных, соответствие современным стандартам. Полноценное обследование способствует выявлению нарушений течения беременности, сохранению репродуктивной функции, ранней диагностике и профилактике онкологических заболеваний. В работе обоснованы показания для проведения ряда диагностических и лечебных оперативных вмешательств в условиях поликлиники, представлен опыт работы акушерско-гинекологического отделения.

Ключевые слова: поликлиника, оснащение, пренатальный скрининг, функциональная диагностика течения беременности, инструментальные и аппаратные методы обследования и лечения гинекологических больных.

Quality of examination of gynecological patients and pregnant women as well as compliance of this examination with modern standards depend on the facilities at an obstetrician and gynecological department in any out-patient unit. Full examination helps to reveal disorders in pregnancy, to preserve reproductive function, to make early diagnostics and prophylactics of oncological diseases. The article also gives indications for some diagnostic and surgical procedures which can be done at the out-patient unit.

Key words: out-patient unit (polyclinical unit), facilities, prenatal screening, functional diagnostics in pregnancy, instrumental and apparatus techniques for examination and treatment of gynecological patients.

Основными задачами акушерско-гинекологического отделения многопрофильной поликлиники являются профилактические осмотры женщин, выявление и лечение гинекологических заболеваний, активное наблюдение за пациентками с определенной гинекологической патологией и факторами риска развития онкологии, наблюдение за течением беременности и послеродовым периодом.

Не умаляя ценности сбора анамнеза, выяснения жалоб и истории заболевания, проведения общеклинического, лабораторного, объективного акушерского и/или гинекологического обследования, для качественной диагностики и лечения необходимо совершенствование оснащения отделений акушерско-гинекологического профиля.

В ФГУ «Поликлиника №1» УД Президента РФ имеется 5 кабинетов врачебного приема (работающих в 2 смены), кабинет зав. отделением, кабинет ультразвуковой диагностики, операционная с палатой послеоперационного наблюдения и процедурный кабинет. Каждый врачебный кабинет компьютеризирован, состоит из двух комнат (для беседы с пациенткой с оформлением документации и собственно осмотра), оснащен современным гинекологическим креслом и кольпоскопом.

В отделении обслуживаются разные возрастные категории женского населения, отсюда широта необходимых диагностических процедур и лечебных воздействий.

Ведение беременности — один из важных разделов в работе акушера-гинеколога.

Достоверная диагностика беременности в малых сроках с определением локализации плодного яйца возможна только при ультразвуковом исследовании (УЗИ).

УЗИ является незаменимым высокоинформативным методом, позволяющим объективно наблюдать за развитием эмбриона с самых ранних этапов и проводить в дальнейшем динамическое наблюдение за состоянием плода. В акушерской практике используется трансабдоминальное и трансвагинальное сканирование [18].

В настоящее время разработаны стандарты эхографического исследования как во время беременности, так и в гинекологии [7], а также скрининговые программы, позволяющие оценить степень риска врожденной патологии плода и решить вопрос о необходимости проведения инвазивной пренатальной диагностики [2,4,15]. Как известно, наследственные заболевания (с нарушением генетического аппарата) и врожденные пороки развития (без нарушения генетического аппарата) занимают 2–3 место среди всех причин перинатальной смертности [18].

Мы проводим **комбинированный пренатальный скрининг** врожденных пороков развития, включающий выполнение УЗИ в сроки 11–13, 20–24 и 32–34 недели беременности с параллельным определением биохимических маркеров в сыворотке материнской крови с компьютерной обработкой результатов.

Имеющийся в отделении трехмерный ультразвуковой аппарат фирмы «Medison» позволяет использовать метод 3Д в программе скрининга патологии беременности, что делает более точной диагностику пороков развития плода, т.к. улучшается визуализация плода, имеется возможность многократно реконструировать изображения подозрительных участков в различных плоскостях. На специальном экране в кабинете УЗИ беременная и ее близкие могут наблюдать за проведением исследования, при желании можно записать фильм.

Биохимические маркеры дают возможность прогнозировать вероятность рождения детей с хромосомными aberrациями (трисомия 21 и 18 пары хромосом) и дефектами нервной трубки. В соответствии с приказами МЗ РФ № 457 от 28.12.2000 г. и № 50 от 10.02.2003 г. обязательным являлось исследование ХГЧ и а-фетопротеина в 16–20 недель. В отделении, предвзяв приказ № 808н Минздравсоцразвития России от 02.10.2009 г. на несколько лет, всем беременным проводится двухэтапный биохимический пренатальный скрининг — компьютерный анализ PRISKA I и PRISKA II (лаборатория «Литех»). В 10–13 недель определяют PAPP-A (ассоциированный с беременностью протеин) и свободный b-ХГЧ (b-субъединица хорионического гонадотропина человека), а в 14–20 недель — ХГЧ, эстриол и а-фетопротеин. Прогнозирование риска рождения ребенка с врожденной патологией осуществляется с помощью компьютерной обработки результатов анализа крови и индивидуальных особенностей беременной. Учитываются возраст, масса тела, характеристика менструального цикла, течение данной и исходы предыдущих беременностей, использование лекарственных средств, размеры плода (КТР и/или БПР), толщина воротникового пространства и др. При предполагаемом высоком риске пациентка направляется на консультацию врача генетика для решения вопроса о необходимости и видах инвазивных методов диагностики.

По данным отделения с 2007 по 2009гг ультразвуковой пренатальный скрининг помог выявить у 2 плодов пороки развития, несовместимые с жизнью; беременности были прерваны по медицинским показаниям, и у 6 — различные пороки, не требующие прерывания беременности. По результатам биохимического анализа у 42 женщин с повышенным риском рождения детей с пороками развития проведена генетическая консультация, 32 — рекомендована инвазивная процедура (амниоцентез или кордоцентез), которая выполнена у 21. Остальные женщины воздержались от проведения исследования из-за опасений прерывания беременности. Хромосомная патология не была обнаружена ни в одном случае.

Компьютерная фетометрия, проводимая у всех беременных во 2–3 триместрах, позволяет по измерению определенных анатомических структур выявить несоответствие размеров плода акушерскому сроку беременности, что важно для диагностики задержки внутриутробного развития плода и плацентарной недостаточности или для прогнозирования рождения крупного плода. Результаты исследования важны для выработки наиболее оптимальной тактики ведения беременной [10].

Допплерометрия — исследование кровотока в артериях плода, пуповины и маточных артериях — проводится у беременных с 20 недель. Метод позволяет выявить степень и уровень нарушений кровотока. Соответствующая комплексная терапия с проведением повторных исследований дают возможность корректировать начальные нарушения, диагностировать нарастание тяжести плацентарной недостаточности и прогнозировать неблагоприятный исход [2, 13, 16].

С помощью **цветного доплеровского картирования** определяют кровотоки в маточных артериях, терминальных ветвях артерии пуповины, межворсинчатом пространстве; визуализируют и идентифицируют мельчайшие сосуды микроциркуляторного русла, что помогает выявлять ретроплацентарные кровотечения, сосудистые

изменения в плаценте (ангиомы), анастомозы, приводящие к обратной артериальной перфузии у близнецов, обвитие пуповины. С помощью этого метода можно оценить пороки развития сердца и внутрисердечные шунты, идентифицировать анатомические особенности сосудов плода, особенно малого калибра [1].

Кроме перечисленных исследований, проводимых в кабинете УЗИ, у каждого врача гинеколога имеется **портативный ультразвуковой доплер-кардиомонитор** или монитор фетальный для объективного выслушивания и определения частоты сердечных сокращений плода с ранних сроков беременности (15 нед.). Выслушивание сердцебиения с помощью фетального доплера не только информирует врача о состоянии плода, но и положительно влияет на психику беременной.

Кардиотокография (КТГ) в настоящее время является одним из ведущих методов оценки состояния плода. Широкое внедрение КТГ в клиническую практику позволило в экономически развитых странах снизить перинатальную смертность [8,17,23]. Во время беременности используется непрямая КТГ, при которой получение информации о сердечной деятельности плода осуществляется при помощи специального датчика, накладываемого на переднюю брюшную стенку женщины в месте наилучшего выслушивания тонов сердца. Большинство авторов считают, что о состоянии плода при использовании данного метода надежная информация может быть получена только в третьем триместре беременности (с 33 недель) [13,16,18]. К этому времени достигает зрелости миокардиальный рефлекс (ускорение сердечной деятельности плода в ответ на сокращение скелетных мышц) и все другие проявления жизнедеятельности плода, оказывающие влияние на характер сердечной деятельности. Кроме этого, происходит становление цикла «активность-покой (сон)» плода. Продолжительность записи должна составлять не менее 40 минут.

При анализе КТГ оценивают величину базальной частоты сердечных сокращений, амплитуду мгновенных ацилляцияй и медленных акцелераций, учитывают величину и продолжительность децелераций. Расчет показателей состояния плода может производиться вручную врачом или автоматически на специальном оборудовании [7, 8].

Скрининговое КТГ исследование проводится у всех наблюдающихся беременных в сроки 33–35 недель. Для проведения КТГ используется «Анализатор состояния плода», разработанный проф. В.Н. Демидовым.

При нормальных цифрах показателя состояния плода повторные КТГ выполняются у женщин с факторами риска, отягощенным акушерским анамнезом, неблагоприятным течением данной беременности, подозрением на гипотрофию по данным ультразвукового исследования и компьютерной фетометрии.

Оценка состояния плода при использовании данного прибора происходит на основании автоматизированного и компьютеризированного анализа ЧСС с подсчетом показателя состояния плода. При показателе от 0 до 1,0 выдается заключение — плод здоров, от 1,0 до 2,0 — начальные признаки нарушения состояния плода, больше 2,0 — выраженные признаки нарушения состояния плода.

В нашем отделении за 3 года (2007–2009гг) закончили беременность 545 женщин, из них 517 — родами. У 18 (3,5%) женщин роды были преждевременные. У 28 па-

циенток беременность прервалась в различные сроки, из них у 2-х беременность была прервана по медицинским показаниям, у 4-х — произошел поздний самопроизвольный аборт, у остальных женщин была диагностирована неразвивающаяся беременность.

Необходимо отметить, что среди наблюдаемого контингента практически отсутствовали здоровые беременные, у большинства был отягощенный акушерско-гинекологический анамнез, имела место инфекционная отягощенность, соматическая и/или гинекологическая патология, течение беременности часто осложнялось угрозой прерывания и другими нарушениями.

За 3 года по данным КТГ, доплерометрии и УЗ-фетометрии у 112 беременных выявлены нарушения различной степени, потребовавшие проведения амбулаторного и/или стационарного лечения. Беременность у всех закончилась благополучно, из них у 17 — родоразрешение произведено путем кесарева сечения.

Несмотря на выполнение в полном объеме современного обследования у 2-х женщин имела место антенатальная гибель плода: в сроке 30 недель в результате врожденной генерализованной инфекции неуточненной этиологии, с развитием гипотрофии и наличием фетодисплазий и в сроке 38 недель от антенатальной асфиксии плода из-за патологической незрелости и гипоплазии плаценты на фоне сопутствующих в ней воспалительных изменений. При уточнении причин неблагоприятного исхода беременности у этих пациенток выявлена тромбофилия.

Таким образом, полноценное обследование беременных в амбулаторных условиях позволяет в большинстве случаев заподозрить и выявить акушерскую патологию, получить информацию о состоянии плода, выработать оптимальную тактику ведения беременности, назначить соответствующее лечение и при необходимости своевременно госпитализировать в стационар.

Обследование и лечение гинекологических пациентов

В диагностике гинекологических заболеваний кроме опроса и осмотра, широко применяются лабораторные методы исследования: микроскопия мазка, цитологическое исследование, ПЦР диагностика заболеваний с возможностью идентификации штаммов возбудителей инфекции, бакпосевы с определением чувствительности к лекарственным препаратам, серологический метод исследования с определением антител к возбудителям инфекции, определение гормонального профиля, анализ крови на онкомаркеры, исследование свертывающей системы крови, выявление полиморфизма генов, влияющих на склонность к тромбофилиям и др. [6, 14, 16].

В каждом кабинете имеются современные кольпоскопы для диагностики заболеваний шейки матки, влагалища и вульвы. Бинокулярная оптическая система с осветителем позволяет рассматривать объекты при увеличении в 7,5–30 раз. **Кольпоскопия** дает возможность проводить онкологический скрининг, определять характер и локализацию патологического процесса, выявлять место взятия материала для морфологического исследования, проводить оценку эффективности терапии [2]. В отделении, кроме проведения расширенной кольпоскопии, имеется возможность наглядно показать женщине шейку матки на экране, а также выдать снимки до и после проведенного лечения. Это делается с по-

мощью видеокольпоскопа модели 3MV со встроенной USB-камерой и компьютерной программой LeiseCap для обработки и архивации данных. Выявляемые патологические изменения шейки матки фиксируются и сохраняются. После проведенного лечения выполняются контрольные снимки.

Биопсия шейки матки — прижизненное взятие материала для микроскопического исследования из патологически измененного органа. В отделении производятся ножевая биопсия шейки матки, биопсия с помощью специальных биопсийных щипцов, а также получение материала с помощью электрохирургических приборов, из которых чаще других используется радиохирургический аппарат «Сургитрон».

Расширенная кольпоскопия, цитологическое исследование мазков, диагностика папилломавирусной инфекции с идентификацией штаммов высокого онкологического риска и CIN (цервикально-интраэпителиальные неоплазии), при необходимости биопсия и лечение патологически измененных участков шейки матки позволили у многих женщин, наблюдающихся в отделении, предотвратить малигнизацию. Скрининговые мероприятия по выявлению рака шейки матки способствовали выявлению онкологических процессов шейки матки только в ранних стадиях, в т.ч. *in situ*. У нас, как и во всем мире, прослеживается тенденция к омоложению рака шейки матки, имеются случаи его выявления в возрасте 25–30 лет. В отделении наблюдаются 3 пациентки с благополучно закончившимися беременностями после выполнения высокой ножевой ампутации шейки по поводу *cancer in situ*.

Аспирационная биопсия эндометрия позволяет без расширения цервикального канала получить ткань из цервикального канала и матки для последующего гистологического исследования, что является скрининговым методом диагностики гиперплазии и рака эндометрия, дает возможность контролировать качество проводимого лечения пролиферативных процессов эндометрия [2, 14]. Аспирационная биопсия может также применяться для диагностики хронических эндометритов. Кроме одноразового приспособления «Пайпель», в отделении имеются маточные шприцы многократного пользования с различными канюлями, применяемые также при медикаментозном аборте для опорожнения матки от остатков продуктов зачатия.

УЗИ внутренних половых органов — высокоинформативный неинвазивный метод, применяемый в поликлинике в программе ежегодного скрининга при диспансеризации уже 15 лет. УЗИ незаменимо у женщин из групп активного наблюдения и риска развития онкологических заболеваний матки и яичников, у пациенток, обращающихся с определенными жалобами. В последние годы УЗИ выполняется в основном трансвагинальным способом, являющимся более информативным для врача и комфортным для пациентки. Использование трехмерного (3D) изображения расширяет диагностические возможности при наличии пороков развития матки, внутриматочной патологии, послеоперационных осложнениях, позволяет определить глубину инвазии опухоли [6, 16].

Доплерометрия и цветное доплеровское картирование, выполняемые в гинекологии, дают информацию о кровоснабжении органов малого таза и выявляемых новообразований, что улучшает диагностику предраковых и раковых заболеваний. При обследовании женщин с подозрениями на образования малого таза или их наличии

ем УЗИ позволяет подтвердить факт их существования, получить сведения о размерах, внутренней структуре, уточнить из какого органа исходит образование, выявить анатомо-топографические взаимоотношения между образованием и органами женщины, выявить наличие и количество свободной жидкости в малом тазу [2,6,14].

Ранняя диагностика онкологических заболеваний – одна из важных задач поликлинического врача. По данным отделения у женщин, регулярно наблюдавшихся в поликлинике с ежегодным осмотром у гинеколога и проведением УЗИ, все случаи рака эндометрия диагностированы в ранних стадиях.

Важный аспект эхографического скрининга не только в более раннем выявлении рака эндометрия, но и другой патологии эндометрия, в том числе гиперплазии и полипов [3,11]. Проведение соответствующих лечебных мероприятий при этих заболеваниях позволяет снизить частоту рака эндометрия в 4,4 раза [11]. Анализ эффективности ежегодного эхографического скрининга на базе поликлиники показал, что массовое использование этого метода в сочетании с проведением соответствующего лечения может способствовать значительному снижению заболеваемости раком тела матки. Для этого необходима четкая организация системы диспансеризации, совершенная аппаратура и достаточный опыт врача [11].

Для ранней диагностики рака яичников, в отличие от онкологических заболеваний женских половых органов других локализаций, нет достоверных скрининговых исследований. Рак яичников часто имеет бессимптомное и агрессивное течение с ранним метастазированием, что по данным литературы у 80% больных является причиной диагностики в III–IV стадиях и приводит к низкой выживаемости этой группы больных [5].

Результаты исследования, проведенного в поликлинике, показали, что даже в условиях ежегодного эхографического скрининга у половины больных обнаруживается поздняя (III) стадия распространения опухолевого процесса [9]. Поэтому особенно радуют имеющиеся случаи ранней диагностики, в том числе выявление заболевания на пограничной стадии.

Учитывая сложность своевременной диагностики злокачественных опухолей яичников особенно важны профилактические мероприятия. Так, для снижения заболеваемости раком яичников большое значение имеет раннее выявление и удаление тех доброкачественных новообразований яичника, которые впоследствии могут озлокачествиться [9]. При решении вопроса о необходимости удаления того или иного образования яичника обращают внимание на размеры, характер образования, присутствие пристеночного компонента, скорость роста опухоли, наличие и характер внутриопухолевого кровотока, уровень онкомаркеров [9].

Неоценимо УЗИ в диагностике причин бесплодия и невынашивания беременности, выявлении анатомической патологии, контроле за овуляцией и изменениями эндометрия, а также динамическом наблюдении за эффективностью проводимых лечебных мероприятий.

Гидросонография или эхогистерография – ультразвуковое исследование матки и области придатков после заполнения полости с помощью специальных одноразовых катетеров стерильным 0,9% физиологическим раствором, что создает акустическое окно и позволяет проводить дифференциальную диагностику внутриматочной

точной патологии (узел, полип, синехии, пороки развития) и определять проходимость маточных труб по появлению жидкости в позадиматочном пространстве [6, 22]. Гидросонография выполняется в зависимости от целей исследования на 7–10 или 23–25 дни менструального цикла в операционной, где имеется ультразвуковой аппарат. УЗИ проводят в динамике: до введения физраствора, во время введения и после окончания процедуры.

Гидросонография в ряде случаев является более перспективным методом по сравнению с гистеросальпингографией, т.к. в полость матки вводится физраствор, а не контраст, что не дает аллергических реакций, исключает рентгеновское облучение. Метод более информативен в отношении характера внутриматочной патологии, что позволяет избежать у части женщин инвазивных вмешательств [6].

Гистероскопия – эндоскопический метод исследования, широко используемый в современной гинекологии с диагностическими и лечебными целями. Визуальный осмотр в ряде случаев дает информацию, получение которой другими способами невозможно.

Гистероскопия не только улучшает диагностику внутриматочных образований (полипы, субмукозная миома, гиперплазия эндометрия, рак тела матки, пороки развития матки, аденомиоз, синдром Ашермана), но и позволяет проводить прицельную биопсию с контролем качества выполнения оперативных вмешательств [12, 14, 20].

В отделении имеется гистероскоп фирмы «Storz», мини- или офисный гистероскоп (Versascop) и гистерорезектоскоп (биполярная система «Versapoint») фирмы «Джонсон и Джонсон» с использованием жидкой среды (физиологический раствор) при расширении полости матки и соответствующим дополнительным оборудованием.

Офисная или мини-гистероскопия дает возможность без общего обезболивания с минимальным расширением цервикального канала (что особенно важно для нерожавших и планирующих беременность женщин) диагностировать внутриматочную патологию и, при необходимости, выполнять биопсию.

Гиперпластические процессы эндометрия часто проявляются в виде полипов эндометрия, по данным литературы они встречаются у 5,3–25% гинекологических больных всех возрастных групп, чаще в пре- и постменопаузе [19]. В нашем отделении в структуре заболеваемости с активным наблюдением полипы эндометрия занимают первое место (26,2%).

При диагностическом выскабливании полипы эндометрия (особенно при наличии в них фиброзного и мышечного компонента) не всегда удается полностью удалить. **Гистерорезектоскопия** – эндохирургическое вмешательство, позволяющее не просто осмотреть полость матки до и после выскабливания, но и провести прицельное удаление полипа с сосудистой ножкой [12, 19, 21]. Производится «локальная» резекция слизистой тела матки с помощью электрода – петли, которым срезают полип вместе с основанием до мышечного слоя.

Раздельное диагностическое выскабливание матки и цервикального канала, а иногда только цервикального канала, с последующим морфологическим исследованием полученного материала также не потеряло своей диагностической и лечебной значимости и актуальности. Выскабливания осуществляются изолированно или од-

новременно с гистероскопией и резекцией патологических образований.

С 2008 г в отделении при проведении всех эндоскопических вмешательств ведется архивирование видеоматериала.

Мини-аборты в последние годы выполняются под контролем УЗИ, что сводит на нет возможность такого осложнения как неполный аборт.

В отделении внедрена также методика **медикаментозного аборта** с использованием отечественных препаратов: мифепристон и миролют. Хотя результаты исследования, проведенного в отделении, показали отсутствие достоверных различий по эффективности и числу осложнений при данных видах прерывания беременности, но фарм-аборт позволяет прерывать беременность на малых сроках с помощью лекарственных средств без внутриматочных вмешательств, что переносится женщиной психологически гораздо легче. В результате использования нового метода число инструментальных абортов резко сократилось.

С 2007 по 2009гг выполнено 104 аборта, из них у 86 (82,7%) с помощью фармакологических препаратов.

Как известно, лечение патологических процессов шейки матки и наружных половых органов является профилактикой онкологических заболеваний этих локализаций. С этой целью чаще других используется аппарат «Сургитрон ЕМС», ЭлманРус, на основе **электрорадиохирургического** воздействия, что позволяет проводить как диагностические процедуры, т.е. получение биопсийного материала с патологически измененной шейки матки, стенок влагалища и наружных половых органов, так и лечение этих образований. Используется частота 3,8–4,0 МГц, что сводит к минимуму рассеивание теплоты и последующие изменения на клеточном уровне. Применение радиохирургического лечения не создает послеоперационного дискомфорта у пациентки, не искажает гистологические образцы, характеризуется нежной рубцовой тканью и улучшенным заживлением.

В отделении имеются также **Электронож HF120**, Бразилия, где используется ток более низкой частоты, оборудование с полным микропроцессорным управлением, частота — 480 КГц, и **Эрбетом**, Германия, электрохирургический прибор с частотой **330 КГц**.

При лечении шейки матки с помощью высокочастотных методик создается задымление и распыление частичек биологического материала, что ухудшает видимость для хирурга и создает возможность заражения его вирусом папилломы человека. Для отсасывания паров используется эвакуатор дыма (в отделении SE120).

Наряду с процедурным кабинетом высокочастотные методы используются на специально оборудованном **рабочем месте врача-гинеколога** (Германия) с возможностью проведения некоторых оперативных вмешательств непосредственно в кабинете (взятие биопсии, аспирация содержимого полости матки, лечение патологических образований шейки и стенок влагалища радиохирургическим методом).

Аппарат Эрбокрио с помощью закиси азота позволяет проводить криолечение патологически измененной шейки матки, что особенно актуально у нерожавших, т.к. минимальное патологическое воздействие не влияет в дальнейшем на процесс раскрытия шейки матки в родах.

В аппарате для аргоноплазменной коагуляции (аппарат электрохирургический высокочастотный с аргоноусиленной коагуляцией) энергия тока высокой частоты передается на ткань бесконтактным способом, с помощью ионизированного газа (аргона) с образованием плазменного факела между электродом и тканью. Происходит локальный нагрев ткани и коагуляция, толщина коагулированного слоя от 0,5 до 3 мм и зависит от длительности экспозиции, выбранного режима и установленной мощности. При лечении патологических изменений шейки матки аргоноплазменная коагуляция сочетает в себе преимущества методов диатермокоагуляции и криодеструкции, т.е. обладает щадящим воздействием на ткани, хорошей визуализацией зоны воздействия во время процедуры и высокой эффективностью. При работе отсутствует задымление, метод можно применять для остановки кровотечений, нередко возникающих при операциях на шейке матки при использовании других аппаратов.

У менструирующих женщин эндоскопические операции проводились сразу после менструации в фазу пролиферации, когда при гистероскопии наблюдалась наилучшая визуализация. Операции на шейке матки проводились также в первую фазу цикла, что исключало наличие беременности и способствовало наилучшей эпителизации.

Все манипуляции и оперативные вмешательства, проводимые в отделении, были возможны после тщательного лабораторного и инструментального обследования, перед проведением операции больные осматривались терапевтом, анестезиологом, при необходимости и другими специалистами. Исключались пациентки с тяжелой соматической патологией.

Обязательно заполнялось информированное согласие на проведение манипуляции или операции с разъяснением возможных осложнений. После операции пациентка находилась под наблюдением в послеоперационной палате в течение 2–6 часов, а затем в сопровождении родственников транспортировалась по месту жительства с рекомендациями лечения до следующей явки в поликлинику. При возникновении каких-либо вопросов пациентка могла проконсультироваться по телефону с лечащим врачом, до визита в лечебное учреждение.

Всего за 2007–2009 гг. в акушерско-гинекологическом отделении выполнено 1711 операций 1167 больным с различными заболеваниями, из них с применением общего внутривенного обезболивания с использованием дипривана у 235 женщин. Аспирационные биопсии произведены у 421 пациентки, выскабливание матки у 203, выскабливания цервикального канала у 232, гистероскопии у 116, гистерорезектоскопии у 77, мини-аборты у 18, полипэктомии у 64, биопсии шейки матки различными способами у 147, введение внутриматочной спирали у 67, удаление внутриматочной спирали у 113, лечение шейки матки проведено у 179, удаление папиллом и кондилом у 75.

Полноценное обследование гинекологических больных в амбулаторных условиях позволяет своевременно и правильно поставить диагноз, провести консервативное и/или оперативное лечение, что в свою очередь способствует сохранению репродуктивной функции, качества жизни и, может являться профилактикой онкологических заболеваний. При отсутствии противопоказаний

для использования стационарзамещающих технологий возможно проведение диагностических и лечебных оперативных вмешательств в условиях операционной или процедурного кабинета поликлиники, что удобно для пациентки (знакомая обстановка, доверие к лечащему врачу, затрата меньшего количества времени), экономически выгодно для хоздоговорных пациентов (меньшая стоимость по сравнению со стационаром).

Таким образом, вложения в оснащение акушерско-гинекологического отделения поликлиники, адекватное использование различных методов диагностики и лечения на амбулаторном этапе способствуют оказанию помощи женщинам на современном уровне.

Литература

1. Акушерство. Национальное руководство. / Под ред. Айламазяна Э.К., Кулакова В.И., Радзинского В.Е., Савельевой Г.М. – Гэотар-Медиа. – 2009. – 1088 с.
2. Амбулаторно-поликлиническая помощь в акушерстве и гинекологии. / Под ред. Сидоровой И.С., Овсянниковой Т.В., Макарова И.О. – М.: «МЕДпресс-информ». – 2009. – 720 с.
3. Атабекова Л.А., Виноградова Н.М., Шарипова Е.И., Бурков С.Г. // *Sonoace internacional*. – 2006. – вып. 14. – С. 29–35.
4. Бахарев В.А., Каретникова Н.А., Алексеева М.Л. и др. // *Акуш. и гин.* – 2008. – № 6. – С. 29–33.
5. Важенин А.В., Жаров А.В., Шимоткина И.Г. Актуальные вопросы клинической онкогинекологии. – М.: ООО Фирма «Стром». – 2010. – 128 с.
6. Гинекология. Национальное руководство. Под ред. Кулакова В.И., Манухина И.Б., Савельевой Г.М. – ГЭОТАР-Медиа. – 2009. – 1088 с.
7. Демидов В.Н., Затикян Е.П., Стыгар А.М. и др. // Стандарты эхографического исследования во время беременности. – С. 59–73 // Из кн. «Клиническая визуальная диагностика» под ред. Демидова В.Н., Затикян Е.П. – Вып. III – М.: Издательство «Триада-Х». – 2002. – 104 с.
8. Демидов В.Н., Огай О.Ю., Сизиббаева И.Н. // *Акуш. и гин.* – 2008. – № 6. – С. 33–39.
9. Демидов В.Н., Полякова Ю.В., Терская Л.В. // *Sonoace internacional*. – 2006. – вып. 14. – С. 35–40.
10. Демидов В.Н., Розефельд Б.Е. // *Ультразвуковая диагностика в акуш., гин. и пед.* – Т. 7. – № 2. – 1999. – С. 116–119.
11. Демидов В.Н., Терская Л.В., Полякова Ю.В. // *Sonoace internacional*. – 2001. – вып. 8. – С. 60–65.
12. Каппушева Л.М., Комарова С.В., Ибрагимова З.А. и др. // *Акуш. и гин.* – 2005. – № 6. – С. 37–42.
13. Клинические лекции по акушерству и гинекологии. – в 2-х т. – Том 1. Акушерство: Учеб. пособие / Под ред. А.Н. Стрижакова, А.И. Давыдова, И.В. Игнатко. – М.: ОАО «Издательство «Медицина». – 2010. – 496 с.
14. Клинические лекции по акушерству и гинекологии. – в 2-х т. – Том 2. Гинекология: Учеб. пособие / Под ред. А.Н. Стрижакова, А.И. Давыдова. – М.: ОАО «Издательство «Медицина». – 2010. – 440 с.
15. Кулаков В.И., Серов В.Н., Демидов В.Н., и др. // *Акуш. и гин.* – 2000. – № 5. – С. 56–59.
16. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии / Под ред. В.И. Кулакова, В.Н. Прилепской, В.Е. Радзинского. – М.: ГЭОТАР-Медиа. – 2006. – 1056 с.
17. Серов В.Н. // *Рус. мед. журн.* – 2004. – Т. 12, № 13. – С. 749–750.
18. Справочник по акушерству, гинекологии и перинатологии / Под ред. Савельевой Г.М. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство». – 2006. – 720 с.
19. Шилина Е.А., Голова Ю.А., Бреусенко В.Г. и др. // *Рос. вест. акуш.-гин.* – 2004. – № 5. – С. 74–77.
20. Brun J.L., Descat E., Boubli B. et al. Endometrial hyperplasia: a review // *Gynecol. Obstet. Biol. Reprod.* – 2006. – Vol. 35. – P. 542–550.
21. Edris F., Vilos G.A., AlMubarak A. et al. Resectoscopic surgery may be an alternative to hysterectomy in highrisk women with atypical endometrial hyperplasia. // *J. Minim. Invasive. Gynecol.* – 2007. – Vol. 14. – P. 68–73.
22. Makris N., Kalmantis K., Skartados N. et al. Threedimensional hysterosonography versus hysteroscopy for the detection of intracavitary uterine abnormalities // *Int. J. Gynaecol. Obstet.* – 2007. – Vol. 97. – P. 6–9.
23. Nielson T.E., Hokegard K.-H., Ericson A. // *Acta Obstetr. Gynecol. Scand.* – 1986. – Vol. 65, № 8. – P. 865–897.