

## К ВОПРОСУ О СОСТАВЛЕНИИ ПРОТОКОЛА ГИСТЕРОСКОПИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ПРАКТИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКЕ В ОРДИНАТУРЕ (ПАМЯТКА ДЛЯ ОРДИНАТОРА)

### ON THE ISSUE OF DRAWING UP THE PROTOCOL OF HYSTEROSCOPIC EXAMINATION IN PRACTICAL TRAINING IN RESIDENCY (MEMO FOR RESIDENT)

**I. Klyucharov**  
**T. Makarenko**  
**D. Kuznetsova**  
**M. Beteva**

*Summary.* The article is devoted to one of the topical issues in the training of an obstetrician-gynecologist: mastering the skill of hysteroscopy. However, the correct technique and algorithm of hysteroscopy is of decisive importance in the training of resident doctors. At the stage of formation of the skill of performing this operation, the sequence of examination of the uterine cavity, the cervical canal, competent preparation of the Protocol of operation with a detailed description of intrauterine pathology and all intraoperative nuances and complications plays a decisive role.

*Keywords:* hysteroscopy, hysteroresectoscopy, hysteroscopy Protocol, residents obstetricians and gynecologists.

**Ключаров Игорь Валерьевич**

*К.м.н., доцент, ФГАОУ ВО «Казанский (Приволжский) федеральный университет*  
*klyucharovi@outlook.com*

**Макаренко Татьяна Александровна**

*Д.м.н., доцент, Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России*  
*makarenko7777@yandex.ru*

**Кузнецова Дарья Евгеньевна**

*Ассистент, Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России*  
*dashsetch@mail.ru*

**Бетева Мария Павловна**

*Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России*  
*beteva96@yandex.ru*

*Аннотация.* Статья посвящена одну из актуальных вопросов в подготовке врача акушера-гинеколога: освоению навыка проведения гистероскопии. Однако определяющее значение в обучении врачей-ординаторов имеет правильная техника и алгоритм проведения гистероскопии. На этапе становления навыка выполнения данной операции решающую роль играет последовательность осмотра полости матки, цервикального канала, грамотное составление протокола операции с подробным описанием внутриматочной патологии и всех интраоперационных нюансов и осложнений.

*Ключевые слова:* гистероскопия, гистерорезектоскопия, протокол гистероскопии, ординаторы акушеры-гинекологи.

**С**оставление грамотных протоколов манипуляций является важным навыком обучения в ординатуре и играет большую роль в развитии профессиональной культуры мышления молодых врачей и ординаторов различных специальностей. Гистероскопия, являясь золотым стандартом обследования полости матки, считается одной из безопасных медицинских малоинвазивных процедур, удобных для освоения молодыми врачами-гинекологами [10]. Распространенные в клинической практике протоколы гистероскопии, к сожалению, не стандартизированы и не являются документами, способными обучить формированию грамотного отчета по проведенной операции.

Включение в протокол таких ключевых структурных элементов, как пациент и медицинская команда, ис-

пользованное оборудование и его настройки во время операции, использованные расходные материалы, диагностический и оперативный приемы, осложнения, полученные результаты, а также рекомендации, повышает безопасность пациентов и документально подтверждает, что операция произведена в соответствии со стандартами качества.

Составление подробного и высококачественного отчета о процедуре гистероскопии — это показатель культуры мышления и высокого профессионализма врача и поэтому является необходимым навыком, получаемым во время обучения. Врач-гинеколог обязан уметь формулировать отчеты о процедуре гистероскопии/гистерорезектоскопии (далее гистероскопии) в течение всей своей профессиональной карьеры, и ординатура —

то самое время, когда необходимо научиться это делать. Грамотно составленный протокол отражает квалификацию специалиста.

В протоколе хирург описывает эндоскопическую картину и ее совпадение или расхождение с первичным диагнозом (возможным изменением диагноза) и дает рекомендации по дальнейшему ведению пациентки. Рассмотрение протокола операции во время консультации может быть чрезвычайно полезным при формулировании дифференциального диагноза и при выработке последующего лечебно-диагностического плана. При опасности возникновения осложнения (например, кровотечения после полипэктомии) подробный протокол предупреждает коллег эндоскопистов о том, где вероятно осложнение. Протокол также служит руководством для последующего наблюдения, поскольку время повторного обследования обычно указывается в тексте.

Современный протокол, как правило, создается в рамках компьютерной программы, и, соответственно, обеспечивает эффективный поиск, по ключевым словам, во время клинических исследований. Важно помнить, что протокол исследования (эндоскопии) также является юридическим документом, который может быть изучен в суде «для определения того, насколько качественно был выполнен медицинский стандарт обслуживания».

Грамотно составленный протокол несет в себе большое преимущество значение между хирургами-эндоскопистами. К примеру, особое значение имеет четкое описание типа миоматозного узла по классификации Wamsteker & de Blok (1995). Данная классификационная система включает в себя описательную характеристику расположения миоматозного узла, что имеет принципиальное значение не только для определения этапности операций, но так же их количества, риска интра- и послеоперационных осложнений. Согласно данной классификации субмукозные миоматозные узлы разделяются на 3 типа: 0 — субмукозный узел на ножке, 1 тип — субмукозные узлы на широком основании с интрамуральным компонентом менее 50%, 2 тип — узлы с интрамуральным компонентом более 50%. Первый и второй типы миоматозных узлов очень часто требуют предоперационной подготовки, повторных резекций, профилактики внутриматочных синехий с использованием противоспаечного барьера.

Следует также отметить значимость грамотного описания эндоскопической картины при внутриматочных синехиях. На сегодняшний день не существует единой классификации степени тяжести этой патологии, поэтому при описании гистероскопической картины и в заключении хирург должен указать используемую им классификационную систему.

Грамотно и «честно» описанный протокол отражает не только настоящую клиническую картину, но и настаивает хирурга на тот или иной объем оперативного вмешательства (особенно в случае неуспешной попытки вмешательства предыдущего коллеги), а также предупреждает развитие возможных осложнений.

На этапе обучения ординаторам очень важно осваивать технику проведения офисной гистероскопии по методике «no touch». Данная техника позволяет улучшить пространственно-визуальную ориентацию, выполнить гистероскопию наименее травматично, овладеть техникой работы эндоскопическими щипцами и ножницами, повысить навыки диагностической оценки. Кроме этого, данная методика имеет решающее значение для пациенток с бесплодием, а также для женщин в постменопаузе, которые значимо чаще имеют синехии цервикального канала [6].

Для повышения грамотности выполнения офисной гистероскопии хочется еще раз тезисно представить последовательность выполнения диагностического осмотра полости матки и цервикального канала, так как именно последовательное, четкое и максимально подробное описание внутриматочной и цервикальной патологии имеет определяющее решение для дальнейшей тактики ведения конкретной пациентки.

Для выполнения гистероскопии пациентку укладывают на операционном столе в положение для влажных операций. После обработки наружных половых органов и слизистой влажной салфеткой раствором антисептика по методике no touch во влажной среде, а далее в цервикальный канал вводят офисный гистероскоп (с диаметром оптики 1,9–2,9 мм), далее последовательно производят осмотр цервикального канала, внутреннего зева, а затем — полости матки.

При отсутствии офисного гистероскопа операцию проводят по традиционной методике: шейку матки обнажают в зеркалах, фиксируют и низводят, после чего производится зондирование полости матки. Далее производится расширение цервикального канала дилаторами Гегара до № 7–9, после чего в цервикальный канал вводится гистероскоп (с диаметром оптики от 4 мм).

На первом этапе задача гистероскопии — диагностическая. Для этого в определенной последовательности осматривают форму и стенки цервикального канала, стенки и полость матки. Гистероскоп постепенно и медленно, не травмируя слизистую шейки матки, продвигается по направлению к полости матки, которая обычно хорошо визуализируется. Ориентирами, позволяющими убедиться, что гистероскоп находится в полости матки, служат устья маточных труб. После прохождения гисте-



Рис. 1. Компактный гистероскоп V.I.O.H. по ВЕТТОСНИ, короткая рукоятка, размер 4 мм, с каналом для полужестких операционных инструментов 5 Шр., с аспирационным и ирригационным клапаном для применения Single-Flow или Continuous-Flow

роскопом внутреннего зева шейки матки необходимо выждать время, пока полость матки не заполнится достаточным объемом жидкости (для улучшения видимости). В этом положении необходимо оценить панорамную картину полости матки: ее размер, форму, рельеф стенок, наличие деформаций или прочей внутриматочной патологии. Далее производится более детальный осмотр полости матки в определенном направлении (по часовой или против часовой стрелки). Последовательно (иногда контактно) осматриваются дно полости матки, устья маточных труб, передняя и задняя стенки полости матки, область перешейка и вновь цервикальный канал. При осмотре необходимо обращать внимание на цвет и толщину эндометрия, его соответствие фазе менструального цикла, наличие патологических образований и включений, состояние устьев маточных труб. Далее при наличии показаний могут быть выполнены различные внутриматочные хирургические вмешательства: прицельная биопсия эндометрия, полипэктомия, миомэктомия, удаление внутриматочной системы (ВМС) и других инородных тел, рассечение синехий и внутриматочных перегородок и др. [5].

**Аппаратное, инструментальное и анестезиологическое обеспечение.** Для проведения гистероскопии необходимо специальное оборудование, которое имеет достаточно сложный алгоритм настройки и функционирования и включает следующие компоненты: а) инструмент, которым проводится процедура (гистероскоп/гистерорезектоскоп), б) оборудование, подающее среду для растяжения полости матки (гистеропомпа, подвесная чаша, манжета/груша для создания давления в емкости) и обеспечивающее должный контроль за давлением в полости матки, скоростью подачи и дефицитом жидкости, в) эндоскопическую камеру с системой фиксации видео/фотоизображения и монитором для наблюдения

операционной картины, г) оборудование и инструменты для обеспечения воздействия энергии (механической, электрической, световой и др.) на ткань или объект в полости матки [4, 7]. Для стандартной гистероскопии и гистерорезекции необходимо проведение анестезиологического пособия. Необходимость, целесообразность, возможность и согласие на проведение анестезии оговариваются с пациентом перед операцией. Офисная гистероскопия по Бетокки в подавляющем большинстве случаев не требует анестезии и выполняется при помощи современных тонких хирургических жестких гистероскопов [3, 4, 7], Рис. 1.

Используемое оборудование, инструментарий, режимы, настройки и функционирование во время операции должно быть отражено в соответствующем разделе протокола. Отметим, что сегодня большинство используемых протоколов гистероскопии не включает данный раздел, что является на наш взгляд недопустимым, так как не позволяет провести анализ параметров, при которых проводилось вмешательство.

**Фото- и видео документирование операции.** Обзор изображений, выбор и описание обычно составляют начальный этап при составлении отчета и должны фиксировать сущность того, что было выявлено и сделано во время процедуры. Первым шагом является просмотр всех изображений, сделанных во время процедуры, и выбор репрезентативных изображений всей нормальной анатомии, любого отклонения во время процедуры, а также этапов и результатов диагностического или оперативного вмешательства. После отбора подходящие изображения должны сопровождаться кратким текстовым описанием. В идеале изображения должны быть выбраны так, чтобы они отображались в анатомической последовательности в конечном отчете (например, по-

следовательные изображения от уровня внутреннего зева полости матки до устьев правой и левой маточной трубы).

Как только этот аспект создания отчета будет завершен, следует обратить внимание на письменную часть отчета, которая содержит несколько ключевых структурных элементов [1, 2, 8]:

1. Дата процедуры.
2. **Идентификационные данные пациента.** Должны включать полное имя пациента, номер медицинской карты и дату рождения.
3. **Эндоскопист (ы) / помощник (и).** Все участники операционной команды, участвовавшие в данной процедуре, должны быть отражены в отчете.
4. **Документация истории болезни и физическом состоянии.** История болезни пациентов должна включать в себя сопутствующие диагнозы или проблемы, которые могут иметь отношение к гистероскопии и потенциально приводить к осложнениям вмешательства (например, заболевания сердечно-сосудистой и легочной систем, тревожные расстройства и геморрагический диатез, связанные с антикоагулянтами).
5. **Информированное согласие.** Подтверждает, что перед процедурой эндоскопист предоставил пациенту объяснение техники процедуры, а также ее преимущества, риски и альтернативы.
6. **Эндоскопическая процедура.** Название процедуры следует вводить как можно более конкретно. Если во время процедуры проведено хирургическое вмешательство, то это обязательно должно быть запротоколировано.
7. **Показания к применению.** Необходимо указать все показания для проведения процедуры.
8. **Тип эндоскопического инструмента.** Указать в протоколе номера моделей и последовательность используемых инструментов.
9. **Медикаментозное лечение.** Назначение местных анестетиков или седативных средств, доза каждого лекарства, использованного во время процедуры, должны быть задокументированы. Если используется контролируемая анестезия (управляемая седация), врач, проводящий исследование, должен указать в протоколе «под анестезией».
10. **Глубина обследования по отношению к анатомии органа.** Глубина обследования по отношению к анатомическому строению органа должна быть представлена как в тексте, так и в виде фото-и/или видеоизображений (например, полип в цервикальном канале). Если обнаруживаются следы ранее проведенного хирургического вмешательства, они также должны быть подробно описаны и задокументированы.

11. **Факторы, приводящие к ограничению обследования.** Ограничения, включающие плохую подготовку: физиологические (дни менструации и т.д.) и патологические состояния (дни аномального маточного кровотечения и т.д.), доброкачественную или неопластическую обструкцию (например, опухоль шейки матки, значительно деформирующая цервикальный канал и т.д.) или анатомические факторы (рубец в нижнем сегменте матки, приводящий к деформации или атрезии цервикального канала), а также неадекватное поведение пациента — должны быть соответствующим образом отмечены в протоколе.
12. **Полученные образцы ткани или жидкости (биоптаты).** В протоколе должно присутствовать описание местоположения и количество взятых биопсий ткани, полипов эндометрия или иных патологических образований. При наличии жидкого содержимого в полости матки эндоскопист должен документировать объем и характеристики извлекаемой жидкости.
13. **Операционные и диагностические находки.** Операционные и диагностические находки следует описывать в той последовательности, в которой они встречаются. Полипы должны быть описаны по морфологии, размеру (в миллиметрах), методу извлечения и полноте удаления и извлечения. Должны быть задокументированы соответствующая стадия болезни (синдром Ашермана) или аномалии (неполная внутриматочная перегородка). Терапевтические вмешательства, в том числе неожиданные, также должны быть включены в этот раздел. Если используются эндоскопические инструменты (например, щипцы для извлечения инородных тел, электроды) или вскрыты одноразовые инструменты (например, стенты), они должны документироваться как можно более подробно (например, производитель, название устройства, размер). Это имеет значение для последующих процедур, особенно когда указывается удаление/миграция стента или последующие процедуры. Если медикаменты вводятся эндоскопически, необходимо указывать место введения и объем (дозу) введенного препарата.
14. **Диагностическое заключение.** Некоторые эндоскопические программы автоматически заполняют поле описания, основываясь на том, какой текст выбран или вводится в соответствии с результатами проведенного исследования. В связи с этим следует быть внимательным, поскольку в заключении не должно быть просто повторения результатов (Рис. 2).
15. **Результаты оперативного вмешательства (если таковые имеются).** Если был проведен опера-

КЛИНИКА СЛ

ФИО _____
Дата рожд _____
Тел _____
e-mail _____
Дата процедуры _____
Время
Нач _____ часов _____ мин
Кон _____ часов _____ мин

Он бригада: хирург - Ключаров И.В    асс хирурга –  
М/С –

Информированное согласие пациентки : подпись \_\_\_\_\_

**Протокол гистероскопии**

Показания:

<input type="checkbox"/> Подслизистая миома матки
<input type="checkbox"/> Внутриматочная перегородка
<input type="checkbox"/> Внутриматочные синехии
<input type="checkbox"/> Полип эндометрия
<input type="checkbox"/> Гиперплазия эндометрия

<input type="checkbox"/> Удаление остатков внутриматочного контрацептива
<input type="checkbox"/> Бесплодие
<input type="checkbox"/> Рак эндометрия
<input type="checkbox"/> Другое (описать ниже)

Диагноз:

Анестезия да / нет

Премедикация да / нет

Обработка перед процедурой / накануне дня операции / с утра в день процедуры:

Свечи            0,5% раствором хлоргексидина            другое \_\_\_\_\_

Гистероскоп: Диагностический / жесткий d 3,5 мм / Операционный / Альфа-скоп / Элепс < 5,0 >

Используемая среда для расширения            0,9% NaCl            5% глюкоза            другое: \_\_\_\_\_

Объем использованной среды            200 / 400 / 1000/ 1400 / 2000 / \_\_\_\_\_

Параметры            гистеропомпы / без гистеропомпы            Эндомед/ Крыло / Storz / Xion

Давление - \_\_\_\_\_ мм рт ст    Поток - \_\_\_\_\_ мл в мин    Активная аспирация - \_\_\_\_\_ мм рт ст

Дата п/м \_\_\_\_\_

Цервикальный канал: свободный, прямолинейный / изогнутый вверх, Книзу / влево / вправо / внутренний зев сужен / раскрыт / полип /наботовы кист

Полость матки: (не) деформирована, форма треугольная, неправильная

Полипы: единичные / множественные (\_\_\_), по правой / левой / передней / задней стенкам, в области трубных углов справа/слева

Гиперплазия: диффузная / локальная в дне, по передней, задней, правой, левой стенкам

Синехии: \_\_\_\_\_

Перегорodka: \_\_\_\_\_

Миома: \_\_\_\_\_

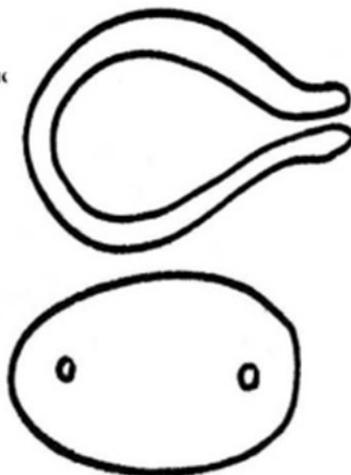
Проведена:

видеозапись,             фото,             биопсия

Осложнения диагностики:

<input type="checkbox"/> Анестезия
<input type="checkbox"/> Положение пациентки
<input type="checkbox"/> Расширяющая среда
<input type="checkbox"/> Хирургические:
1. Перфорация матки
2. Кровотечение
<input type="checkbox"/> Электротравмы

<input type="checkbox"/> Отсроченные осложнения:
1. Инфекция
2. Формирование синехий
<input type="checkbox"/> Оставление инструмента (части)
<input type="checkbox"/> Сохранение симптоматики заболевания после проведенного вмешательства



Заключение:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Рис. 2. Протокол гистероскопии

тивный прием, его результат документируется (например, был достигнут отличный гемостаз).

16. **Осложнения (если они возникли).** Осложнения документируются как можно более подробно, как и то, что было сделано для их устранения (например, коагуляция ложа полипа для предотвращения кровотечения из питающего сосуда). Список возможных осложнений гистероскопии должен быть представлен в протоколе и, что более важно, заранее известен врачу, равно как диагностические критерии осложнений и терапевтические мероприятия [4].
17. **Оценка переносимости процедуры.** При проведении офисной гистероскопии анестезия, как правило, не требуется [3, 9]. Тем не менее, мы считаем, что необходимо проконтролировать, как себя чувствовал пациент во время процедуры с использованием визуально-аналоговой или лицевой шкалы боли (рис. 2). При наличии болевой компоненты это позволит своевременно назначить анальгетик и дополнительно проконтролировать состояние пациентки в течение дня.
18. **Обратная связь, контакты и действия при возникновении вопросов или осложнений.** Включает описание того, куда пациент отправится после процедуры и может включать адрес, телефон для связи, название медицинского учреждения, куда обратится за помощью пациент в случае возникновения серьезного осложнения или куда может быть госпитализирован.
19. **Рекомендации по последующему уходу.** Включает послеоперационные назначения, которые назначаются индивидуально.
20. **Выполнение критериев, характеризующих качество оказания медицинской помощи [4].** Поскольку протокол исследования предоставляет инструмент документирования достижения различных показателей качества, то цифровые показатели могут быть использованы как при обобщающем анализе, так и при разборе частных ситуаций. Соответствующие критерии должны быть указаны.
21. **Результат морфологического исследования.** Окончательный отчет по эндоскопии должен включать результаты морфологического исследования, а также коррекцию плана наблюдения

и лечения при необходимости. Другие элементы, не указанные в официальных рекомендациях, должны документироваться и включаться в протокол.

22. **Документирование участия.** Необходимо документировать степень персонального участия каждого члена операционной бригады в операции, а также врача, лечащего пациентку на амбулаторном этапе. Перед началом анестезиологического пособия/управляемой седации каждого пациента следует спросить, есть ли другие врачи, которые хотели бы получить копию отчета; включение этих лиц в рассылку обеспечит непрерывность медицинской помощи.

По мере прохождения ординаторами практической подготовки, они, несомненно, столкнутся с наличием у персонала своего уникального «эндоскопического лексикона». Этот лексикон может стать существенным препятствием для обучаемого. Наша рекомендация заключается в том, чтобы «уникальные эндоскопические фразы» записывались для расширения эндоскопической лексики в небольшой блокнот. После завершения гистероскопии необходимо заранее согласовать проект содержания протокола с лечащим врачом до того момента, как будет распечатана и подписана окончательная версия протокола.

Таким образом, качественное, логически грамотно выстроенное документирование проводимой процедуры — это навык, приобретаемый молодым врачом вместе с освоением своей специальности. Использование в качестве протоколов для обучения документов, в которых не отражены существенные компоненты процедуры и нарушены организационные цепочки, приведет к механическому воспроизведению манипуляции без понимания важных механизмов функционирования аппаратуры, патогенеза, диагностики, а также лечения и профилактики внутриматочной патологии и возможных осложнений процедуры. Таким образом, подготовка грамотных высококачественных эндоскопических отчетов не только обеспечивает высокий уровень медицинской помощи пациенту, но также играет важную роль в формировании у ординаторов грамотного, профессионального лексикона и эндоскопических навыков.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Давыдов А.И., Стрижаков А.Н., Новрузова Н.Х. Осложнения оперативной гистероскопии: профилактика и лечение. // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2016. Т. 15. № 6. С. 52–60.
2. Ключаров И.В., Морозов В.В., Гайнеева З.А., Кливленд Г.О., Устинова Е.М. Безопасность и переносимость хирургической гистероскопии по Бетокки в женской консультации. // Акушерство и гинекология. 2017. № 7. С. 114–119.
3. Ключаров И.В., Морозов В.В. Электрическая энергия при гистероскопии. // Практическая медицина. 2017. № 7 (108). С. 47–50.

4. Ключаров И.В., Прохоров Е. И., Борисов С.Л., Кадыров Р.Ф., Фахрутдинов Р.Н. Предустановленное и реальное давление в полости матки и точность наших гистеропомп. // Практическая медицина. 2015. № 4–1 (89). С. 79–82.
5. Крутова В. А., Мелконьянц Т.Г., Титова А. Н. Гистероскопия / Учебно-методическое пособие для клинических ординаторов и практических врачей. Краснодар, 2016. 49 с.
6. Опыт применения противоспаечного барьера при лечении больных с синдромом Ашермана / Макаренко Т.А., Ульянова И.О., Никифорова Д.Е. // Журнал акушерства и женских болезней. 2016. № 5. С. 29–32.
7. Практическая медицина. 2015. № 4–1 (89). С. 79–82.
8. Roorda A. K., Triadafilopoulos G. Fellow's guide to generating the endoscopy procedure report. *Gastrointest Endosc* 2010; 72: 803–5.
9. Lieberman D, Nadel M, Smith RA, et al. Standardized colonoscopy reporting and data system: report of the Quality Assurance Task Group of the National Colorectal Cancer Roundtable. *Gastrointest Endosc.* 2007;65: 757–66.
10. Siristatidis C.S., Miligkos D. S., Klyucharov I. V., Vrachnis N., Iliodromiti Z., Chrelias C., Kassanos D., Bitzer J., Bettocchi S. Constructing a protocol for the evaluation of resident's competency with office hysteroscopy. *Gynecological Surgery*. 2013. T. 10. № 3. С. 193–197.

© Ключаров Игорь Валерьевич (klyucharovi@outlook.com), Макаренко Татьяна Александровна (makarenko7777@yandex.ru),  
Жузнецова Дарья Евгеньевна (dashsemch@mail.ru), Бетева Мария Павловна (beteva96@yandex.ru).  
Журнал «Современная наука: актуальные проблемы теории и практики»



Г. Казань