



КонсультантПлюс

Приказ Минздрава РФ от 28.12.1993 N 303
"О применении медицинской стерилизации граждан"

вместе с

"Инструкцией о порядке разрешения операции
медицинской стерилизации граждан",

"Инструкцией по применению методов медицинской
стерилизации женщин",

"Инструкцией по применению медицинской
стерилизации мужчин"

Документ предоставлен **КонсультантПлюс**

www.consultant.ru

Дата сохранения: 31.03.2020

Примечание к документу

Утратил силу в связи с изданием Приказа Минздравсоцразвития РФ от 18.03.2009 N 120.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПРИКАЗ от 28 декабря 1993 г. N 303

О ПРИМЕНЕНИИ МЕДИЦИНСКОЙ СТЕРИЛИЗАЦИИ ГРАЖДАН

В соответствии с Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан (статья 37) медицинская стерилизация, как специальное вмешательство с целью лишения человека способности к воспроизводству потомства или как метод контрацепции, может быть произведена только по письменному заявлению гражданина не моложе 35 лет или имеющего не менее двух детей, а при наличии медицинских показаний и согласия гражданина - независимо от возраста и наличия детей.

В целях охраны здоровья граждан и реализации их прав на специализированный вид медицинской помощи, а также снижения числа аборт и смертности от них утверждаю:

1. Инструкцию о порядке разрешения операции медицинской стерилизации граждан ([приложение 1](#)).
2. Перечень медицинских показаний для проведения медицинской стерилизации женщин ([приложение 2](#)).
3. Инструкцию по применению методов медицинской стерилизации женщин ([приложение 3](#)).
4. Инструкцию по применению методов медицинской стерилизации мужчин ([приложение 4](#)).

Приказываю:

1. Руководителям органов здравоохранения административных территорий, входящих в состав России:

1.1. Медицинскую стерилизацию проводить в учреждениях государственной или муниципальной системы здравоохранения, получивших лицензию на указанный вид деятельности.

1.2. При направлении граждан на медицинскую стерилизацию и ее проведении руководствоваться перечнем медицинских показаний и инструкциями, утвержденными настоящим приказом.

1.3. Разработать и согласовать с органами исполнительной власти порядок оплаты операции медицинской стерилизации.

2. Установить, что приказ Министерства здравоохранения СССР от 14.12.90 "О разрешении проведения операции хирургической стерилизации женщин" не действует на территории Российской Федерации.

3. Размножить данный приказ в необходимом количестве и довести его до сведения всех лечебно-профилактических учреждений.

4. Контроль за выполнением приказа возложить на заместителя Министра Н.Н. Ваганова.

Министр
Э.А.НЕЧАЕВ

Приложение 1
к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 28.12.93 г. N 303

ИНСТРУКЦИЯ О ПОРЯДКЕ РАЗРЕШЕНИЯ ОПЕРАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ СТЕРИЛИЗАЦИИ ГРАЖДАН

Медицинскую стерилизацию, как метод контрацепции, разрешается производить только по письменному заявлению гражданина не моложе 35 лет или имеющего двух детей.

В соответствии с основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан медицинская стерилизация осуществляется также и по медицинским показаниям, которые устанавливаются в амбулаторно-поликлинических или стационарных учреждениях комиссией в составе не менее 3 специалистов: врача акушера - гинеколога (для мужчин - уролога), врача той специальности, к области которой относится заболевание гражданина, руководителя учреждения (отделения) здравоохранения.

При наличии медицинских показаний гражданину выдается заключение с полным клиническим диагнозом, заверенное подписями специалистов и печатью учреждения.

Медицинская стерилизация граждан, страдающих психическими заболеваниями, если они признаны недееспособными, осуществляется только на основании судебного решения.

При установлении медицинских показаний у женщин в условиях акушерско-гинекологического стационара в истории болезни (родов) заносится соответствующая запись, заверенная подписями врача той специальности, к области которой относится заболевание, лечащего врача и руководителя учреждения (отделения) здравоохранения.

Заместитель начальника
Управления охраны здоровья
матери и ребенка
Л.В.ГАВРИЛОВА

Приложение 2
к Приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 28.12.93 г. N 303

**ПЕРЕЧЕНЬ
МЕДИЦИНСКИХ ПОКАЗАНИЙ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ
СТЕРИЛИЗАЦИИ ЖЕНЩИН**

Медицинская стерилизация осуществляется с согласия женщин при следующих медицинских показаниях:

1. Диффузный токсический зоб, тяжелые формы и средней тяжести.
2. Врожденный или приобретенный гипотиреоз, некомпенсированный.
3. Сахарный диабет, тяжелая форма.
4. Гиперпаратиреоз.
5. Гипопаратиреоз.
6. Хроническая недостаточность надпочечников, некупируемая кортистероидами.
7. Синдром Иценко-Кушинга.
8. Гипопластическая или апластическая анемия.
9. Серповидноклеточная анемия.
10. Талассемия.
11. Лейкоз.
12. Лимфогрануломатоз III - IV стадии, в т.ч. при длительной ремиссии.
13. Все пороки сердца, сопровождающиеся недостаточностью кровообращения II - III стадии или легочной гипертензией.
14. Цианотическая форма врожденных пороков сердца.
15. Врожденная или приобретенная аневризма аорты или легочной артерии.
16. Тетрада, триада или пентада Фалло.
17. Болезнь Эбштейна.
18. Общий артериальный ствол.

-
19. Синдром Лютембаше.
 20. Синдром Эйзенменгера.
 21. Болезнь Аэрза.
 22. Хроническая ишемическая болезнь сердца.
 23. Перикардит.
 24. Мерцательная аритмия.
 25. Пароксизмальная тахикардия с частыми приступами.
 26. Синдром Вольфа-Паркинсона-Уайта с частыми приступами аритмии.
 27. Полная поперечная блокада с частыми приступами Морганьи - Эдемс-Стокса и частотой сердечных сокращений менее 40 в минуту.
 28. После митральной комиссуротомии при неадекватном расширении митрального отверстия или рецидиве митрального стеноза - рестенозе.
 29. После протезирования клапанов сердца.
 30. После хирургической коррекции любого порока сердца, выполненной с неудовлетворительным результатом.
 31. После имплантации искусственного водителя ритма.
 32. Аневризмы артерий любой локализации, в т.ч. после хирургического лечения.
 33. Тромбоэмболическая болезнь.
 34. Гипертоническая болезнь II - III стадии или злокачественная гипертония.
 35. Хроническая пневмония III стадии.
 36. Бронхоэктатическая болезнь, протекающая с легочно-сердечной недостаточностью или дыхательной недостаточностью II - III степени.
 37. Состояние после пневмоэктомии или лобэктомии, сопровождающееся легочно-сердечной недостаточностью.
 38. Стеноз трахеи или бронхов.
 39. Стеноз пищевода.
 40. Хронический активный гепатит с признаками печеночной недостаточности.
 41. Цирроз печени с признаками портальной гипертензии или печеночной недостаточности.
-

-
42. Хронический гломерулонефрит гипертонической и смешанной формы.
43. Любая форма гломерулонефрита с хронической почечной недостаточностью.
44. Хронический пиелонефрит, протекающий с артериальной гипертонией или хронической почечной недостаточностью.
45. Гидронефроз, сопровождающийся азотемией или пиелонефритом.
46. Единственная почка (врожденная или оставшаяся после нефрэктомии) при наличии азотемии или артериальной гипертонии, а также при туберкулезе, пиелонефрите или гидронефрозе единственной почки.
47. Поликистоз почек, осложненный пиелонефритом, артериальной гипертонией, хронической почечной недостаточностью.
48. Болезни нервной системы и органов чувств: стойкие остаточные явления перенесенных воспалительных и токсических заболеваний ЦНС с тяжелыми нарушениями функций конечностей; тяжелые формы дегенеративных и демиелинизирующих заболеваний, прогрессирующие мышечные дистрофии и другие виды миопатий; эпилепсия; отслойка сетчатки; глаукома с повышенным внутриглазным давлением; близорукость высокой степени; абиотрофия сетчатки; ангиоматоз сетчатки (болезнь Гиппель-Ландау); гемианопсии; неврит зрительного нерва; синдром головокружения и другие болезни вестибулярного аппарата; болезни слухового нерва при наличии прогрессирующего понижения слуха.
49. Психические расстройства (вне обострения): преходящие психотические состояния, возникающие в результате органических заболеваний; шизофрения; параноидные состояния; другие неорганические психозы; невротические расстройства; расстройства личности; хронический алкоголизм (все формы), токсикомании (лекарственная зависимость), умственная отсталость.
50. Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани: диффузная болезнь соединительной ткани, ревматоидный артрит и другие воспалительные артропатии, анкилозирующий спондилит, остеохондропатии.
51. Наследственные болезни: гетерозиготное носительство у супругов по всем многогенным заболеваниям (нарушения аминокислотного, углеводного, гликолипидного, гликопротеинового обменов). Рождение ранее детей с заболеваниями, наследуемыми сцепленно с полом (гемофилия, миопатия типа Дюшена и др.).
52. Состояние после оперативного вмешательства, связанного с удалением жизненно важного органа (легкого или его доли, почки и др.).
53. Наличие в прошлом злокачественных новообразований всех локализаций.
54. Повторное кесарево сечение при наличии детей.
55. Рубец на матке после консервативной миомэктомии.
-

При наличии у женщин показаний, не предусмотренных настоящим перечнем, вопрос о стерилизации решается комиссией в индивидуальном порядке.

В подготовке перечня медицинских показаний принимали участие сотрудники научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН (М.И. Шехтман, О.Г. Фролова, В.Ф. Волгина), Московской медицинской академии им. Сеченова, Управления охраны здоровья матери и ребенка Минздрава РФ.

Заместитель начальника
Управления охраны здоровья
матери и ребенка
Л.В.ГАВРИЛОВА

Приложение 3
к приказу
Министерства здравоохранения РФ
от 28.12.1993 N 303

ИНСТРУКЦИЯ ПО ПРИМЕНЕНИЮ МЕТОДОВ МЕДИЦИНСКОЙ СТЕРИЛИЗАЦИИ ЖЕНЩИН

Стерилизация может быть постоянной и временной. Постоянная стерилизация заключается в создании необратимых изменений половых органов, исключающих наступление беременности. С появлением эндоскопии стало возможным проводить временную стерилизацию.

Временная стерилизация имеет целью возможность в дальнейшем прервать стерилизацию, если это пожелает женщина. Однако обратимость трубной стерилизации при различных методах неодинакова. Поэтому считается, что трубная стерилизация должна предлагаться женщине как постоянный метод, так как нет стопроцентной гарантии последующего восстановления маточных труб. Современные успехи микрохирургии и реконструктивно-пластических операций на маточных трубах при минимальном повреждении их во время стерилизации позволяют надеяться на успех лишь в 60 - 80% случаев.

Подготовка к хирургической стерилизации женщин

Хирургическая стерилизация проводится в гинекологическом стационаре. Перед операцией необходимо следующее обследование:

1. общий клинический анализ крови и мочи;
2. биохимический анализ крови;
3. коагулограмма;

4. группа крови и резус-фактор;
5. реакция Вассермана;
6. серологическая реакция на выявление ВИЧ-инфекции;
7. исследование влагалищного содержимого;
8. электрокардиограмма;
9. рентгеноскопия органов грудной клетки;
10. заключение терапевта и стоматолога.

В настоящее время наиболее популярными доступами к маточным трубам для стерилизации являются минилапаротомия и лапароскопия.

Минилапаротомия заключается в поперечном надлобковом разрезе передней брюшной стенки длиной 3 - 4 см. Это прямой и безопасный доступ, не требующий сложного и дорогого оборудования, очень высокой квалификации хирурга.

Минилапаротомия с целью стерилизации нецелесообразна при ожирении, миоме матки, фиксированной ретрофлексии матки.

Накануне операции - очистительная клизма и гигиенический душ. Перед сном дается снотворное. Утром в день операции повторяется очистительная клизма. За 30 мин. до операции премедикация, как правило, промедол (2% - 1,0), атропин (0,1% - 1,0), димедрол (1% - 1,0).

Основным методом обезболивания является эндотрахеальный наркоз. У ряда больных может быть применена спинномозговая анестезия. Эндоскопическая стерилизация может выполняться под эндотрахеальным, внутривенным наркозом. Предпочтительнее эндотрахеальный наркоз, который обеспечивает лучшую релаксацию и обзор тазовых органов. В ряде случаев возможна стерилизация под местным обезболиванием.

Методы хирургической стерилизации женщин, выполняемые во время чревосечения

Существуют следующие способы стерилизации:

- 1) простая перевязка труб;
- 2) раздавливание маточной трубы с ее перевязкой;
- 3) простое рассечение трубы между двумя лигатурами;
- 4) рассечение трубы между двумя лигатурами с погружением ее концов;
- 5) сегментарная резекция трубы с различной обработкой оставшихся ее концов;

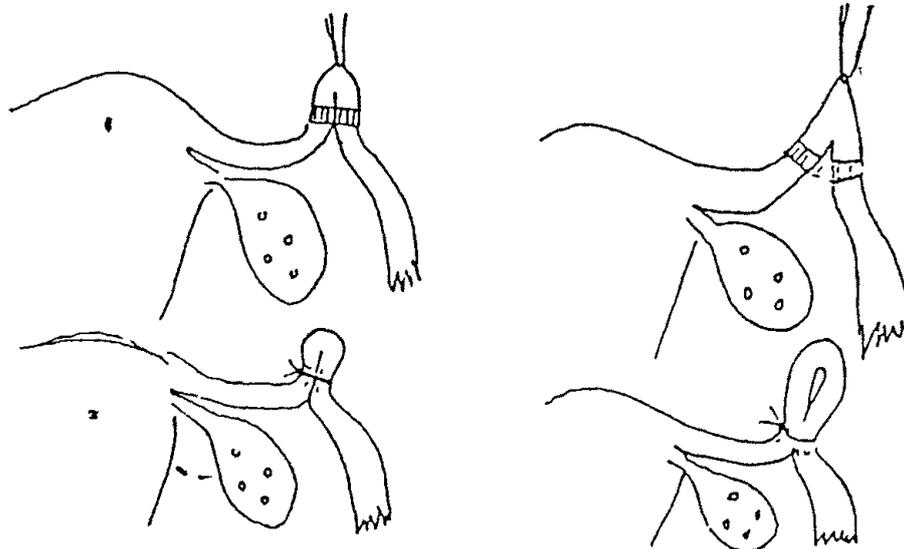
- б) эксцизия трубы из угла матки с ее резекцией или удалением;
- 7) погружение абдоминального конца трубы;
- 8) наложение колец (клипс) на маточные трубы;
- 9) введение пробок в устья маточных труб при гистероскопии;

Простая перевязка маточных труб по Лунгрену (Lungren) заключается в прошивании капроновым швом брыжейки трубы у самого ее края и завязывании его. Самостоятельная реканализация трубы при этом наступает в 16 - 23% случаев. Вследствие недостаточной надежности распространения этот вид стерилизации не получил.

2-й способ стерилизации состоит в раздавливании трубы с последующей ее перевязкой по Мадленеру (Madlener). Труба захватывается посередине и подтягивается кверху в виде прямого угла. Затем накладывается крепкий зажим на оба колена трубы и часть мезосальпинкса между ними. Ткани сжимаются так, чтобы были не толще листа бумаги. Зажим снимается, раздавленный участок перевязывается капроновой лигатурой. Модификация стерилизации по Мадленеру предложена Вазером (Waser). Она отличается тем, что зажим для раздавливания накладывается не у основания угла трубы, а ниже, что формирует раздавливаемый участок большей протяженности. Эта операция также иногда бывает недостаточно надежной, но ее можно рекомендовать, когда желательно обойтись небольшим бескровным вмешательством (Рис. 1, 2).

Рис. 1. Стерилизация по Мадленеру

Рис. 2. Стерилизация по Вазеру



Наиболее надежными способами стерилизации являются рассечение или резекция маточных труб (3, 4, 5, 6).

Простое рассечение трубы между двумя лигатурами предложено Томасом (Thomas) и Керером (Kerer). Иглой с капроновой лигатурой прокалывается в двух местах на расстоянии 1,5 - 2 см брыжейка трубы в средней части ее. Лигатуры завязываются и срезаются. Труба между

лигатурами рассекается либо скальпелем, либо электроножом (рис. 3).

Стерилизация в виде рассечения трубы между двумя лигатурами с погружением ее концов имеет множество модификаций. Наиболее приемлемым является стерилизация по Ашу (Asch).

Техника этого способа стерилизации состоит в следующем. Труба захватывается двумя пинцетами на расстоянии 2 - 3 см от матки и рассекается. Маточный конец трубы отрезается от брыжейки на расстоянии 1 см и перевязывается капроновой лигатурой, после чего погружается между листками широкой связки. Дистальный конец трубы не перевязывается, а у основания ее накладывається шов для гемостаза. Затем осуществляется перитонизация, причем дистальный конец трубы остается свободным (Рис. 4).

Наиболее надежной является стерилизация по типу резекции части трубы с погружением ее концов под брюшину. Наиболее удачна из всех вариантов такой стерилизации модификация Дюцманна (Dutzmann). Захватывают 2-мя зажимами брюшину, покрывающую трубу, на расстоянии 4 см друг от друга, причем 1-й зажим накладывается на 1 см от угла матки. Скальпелем рассекается брюшина над трубой в продольном направлении. Труба выделяется из ложа. Под трубу подводятся лигатуры, труба перевязывается, участок ее между лигатурами резецируется. Концы трубы погружаются между листками широких связок, после чего края разреза брюшины соединяются непрерывным швом (рис. 5).

Рис. 3. Стерилизация по Томасу-Кереру

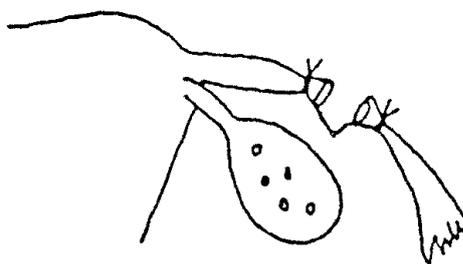
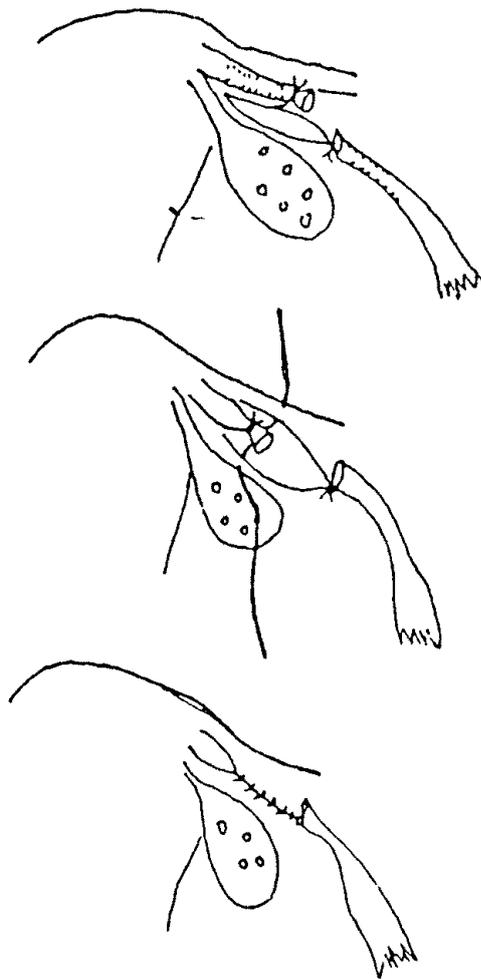


Рис. 4. Стерилизация по Ашу



Иссечение трубы из угла матки с ее резекцией или удалением заключается в клиновидном иссечении интерстициального отдела трубы. При этом дистальный отдел трубы либо перитонизируют (способы Сергеева, Кипарского). Наиболее распространен способ Брауде. В брыжейке маточной трубы на расстоянии 2 см от угла матки зажимом делают отверстие и через него проводят лигатуру. Трубу перевязывают и пересекают. Маточный конец трубы отсекают от брыжейки по направлению к матке, из угла матки вырезают клиновидную трубу так, чтобы не вскрыть ее полость. Матка зашивается кетгутовыми швами. Дистальный конец трубы перитонизируют с помощью той же лигатуры, которой она была перевязана. Один конец лигатуры проводят через листок широкой связки. При завязывании лигатуры культю трубы погружают под складку брюшины (рис. 6). Преимуществом этого способа является возможность в дальнейшем восстановления маточных труб путем их имплантации в матку. Неблагоприятным моментом этого способа стерилизации является образование рубца на матке.

Резекция ампулярного отдела трубы выполняется по Мерману (Mermann) и имеет ограниченное применение. Суть ее состоит в следующем: труба отделяется от брыжейки на всем протяжении, ампулярный отдел отсекается и трубы пришиваются к передней поверхности матки. Автором стерилизация выполнялась влагалищным путем через задний свод влагалища.

Способ погружения ампулярного отдела трубы в настоящее время практического значения не

имеет.

Рис. 5. Стерилизация по Дюцману

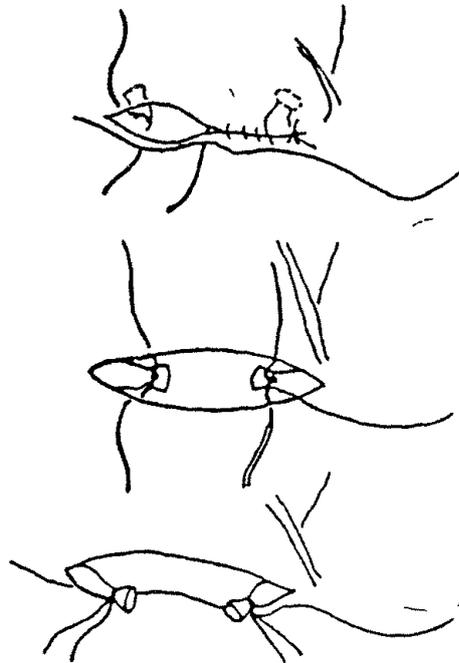
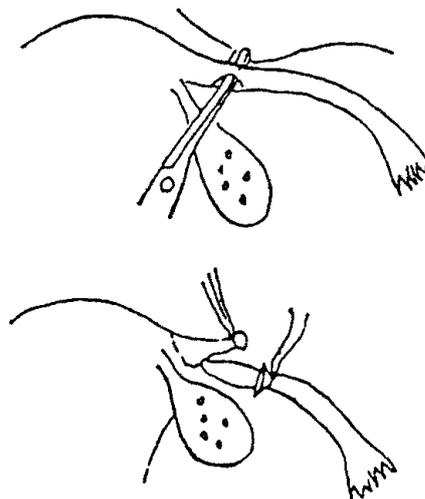
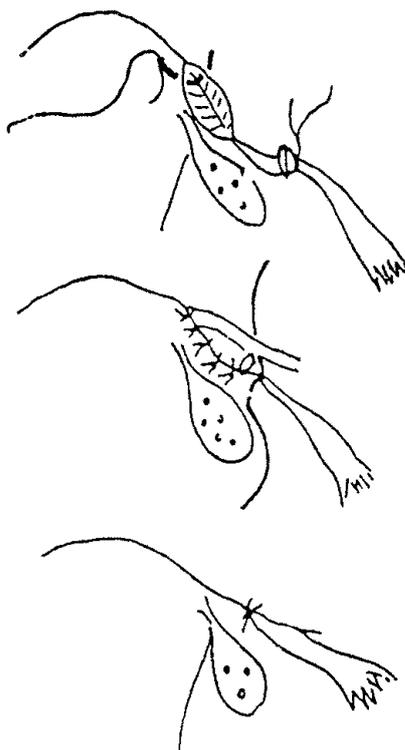


Рис. 6. Стерилизация по Брауде





Перечисленные способы стерилизации выполняются, как правило, во время лапаротомии как дополнительное оперативное вмешательство, как самостоятельная операция стерилизация может выполняться при минилапаротомии. Выбор способа стерилизации зависит от мастерства хирурга. Наиболее целесообразно пользоваться способом Дюцманна. Все указанные способы стерилизации предназначены для постоянной стерилизации женщины. Но следует отметить, что в настоящее время всегда возможно в дальнейшем восстановление проходимости маточных труб путем операции с использованием микрохирургической техники.

Методы хирургической стерилизации женщин, выполняемые во время эндоскопии

Стерилизация осуществляется во время лапароскопии или гистероскопии.

Лапароскопическая стерилизация

Методы:

- I. Электрокоагуляция маточной трубы.
- II. Механическая окклюзия маточных труб.

Каждый из указанных методов имеет свои положительные и отрицательные стороны, осложнения. Выбор того или иного метода зависит от имеющегося в распоряжении хирурга оборудования, собственного опыта, топографоанатомических взаимоотношений в малом тазу.

К методам электрокаутеризации относятся:

- 1) униполярная диатермия,
- 2) биполярная коагуляция,
- 3) терминальная коагуляция,
- 4) выпаривание лазером и фотокоагуляция.

Униполярная диатермия может быть выполнена для хирургической стерилизации при отсутствии других технических средств, но чревата осложнениями, связанными с резким и значительным перегреванием тканей. Локальная температура коагулируемой маточной трубы может достигать 300 - 400°, что крайне опасно в плане возникновения ожогов соседних тканей или органов (кишки, мочевого пузыря, брюшины), а также дистальных повреждений. Профилактикой этих осложнений может быть пневмоперитонеум не менее 5 литрами и промывание брюшной полости с целью охлаждения зоны коагуляции. При наличии других возможностей униполярную коагуляцию труб с целью стерилизации следует избегать.

Биполярная коагуляция, щипцы для которой предложены Rioux и Kleppingen, исключает возникновение дистальных ожогов и повреждений, но предполагает столь же высокую местную температурную реакцию, чего надо опасаться при ее выполнении.

Метод выполняется следующим образом:

Лапароскопия выполняется типично. Вводится в брюшную полость оптическая система лапароскопа. Производится осмотр органов брюшной полости и малого таза. Оценивается состояние маточных труб (наличие перитубарных спаек, сращений с соседними органами, величина маточных труб, их диаметр, подвижность и т.д.). Вводятся биполярные коагуляционные щипцы. Маточная труба захватывается щипцами в истмическом отделе на расстоянии не менее 2 см от угла матки, таким образом, чтобы бранши щипцов лежали только на трубе. Это позволяет избежать коагуляцию мезосальпинкса. Затем осуществляют непосредственно электрокоагуляцию трубы в любом из трех режимов:

1. Труба коагулируется 2-мя захватами щипцов по 15 секунд каждый.
2. Труба коагулируется 6-ю захватами щипцов по 2,5 секунды каждый.
3. Труба коагулируется 8-ю захватами щипцов по 1,5 секунды каждый.

Зона коагуляции при 2, 3 режимах составляет около 1,5 см (рис. 7).

Для уменьшения риска реканализации трубы можно произвести рассечение маточной трубы в месте коагуляции.

Термальная коагуляция - введена Semm K. для уменьшения числа осложнений, связанных с нагреванием тканей. Метод включает в себя электрическое нагревание нити на щипцах до 120 или 140 °С. При этом щипцы могут быть наложены на трубы на 20 сек. в три различных места. Для верности стерилизации рекомендовано рассечение трубы.

Выпаривание лазером и фотокоагуляция. При наличии лазерной хирургии маточные трубы могут быть рассечены фокусированным лучом CO₂ лазера, что проводится абсолютно бескровно и без осложнений.

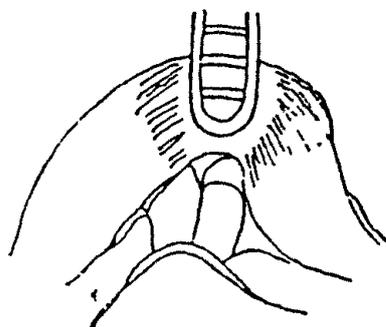
Возможна стерилизация и с помощью CO₂ лазера при лапароскопии. Метод эффективен, но не целесообразен из-за дороговизны.

При наличии специального гистероскопического инструментария стерилизация может быть произведена с помощью эндокоагуляции маточных труб специальным манипулятором-коагулятором, введенным в операционный канал гистероскопа под контролем зрения.

Механические методы стерилизации. В настоящее время являются наиболее простыми и надежными методами стерилизации. Выбор того или иного средства окклюзии зависит от технической оснащённости, показаний и противопоказаний. Так, при наличии фиксированных фибризованных, и отечных маточных труб наложение колец Falore невозможно, поскольку приводит к прорезанию, ишемии тканей и кровотечению.

Рис. 7. Лапароскопическая стерилизация с помощью электрокоагуляции

Захват трубы электрокоагуляционными щипцами



Зона коагуляции трубы при 6 - 8-ми захватах

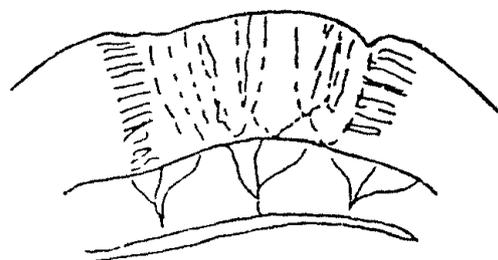
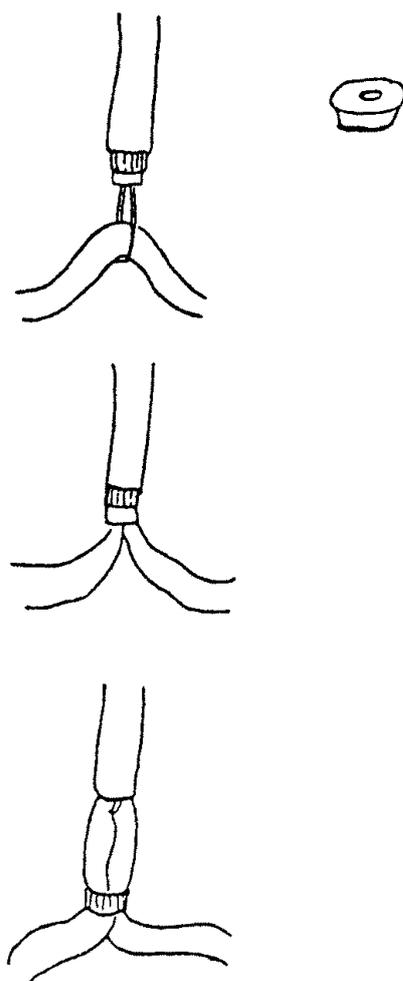


Рис. 8. Лапароскопическая стерилизация с помощью колец



Техника лапароскопической стерилизации с помощью механических средств

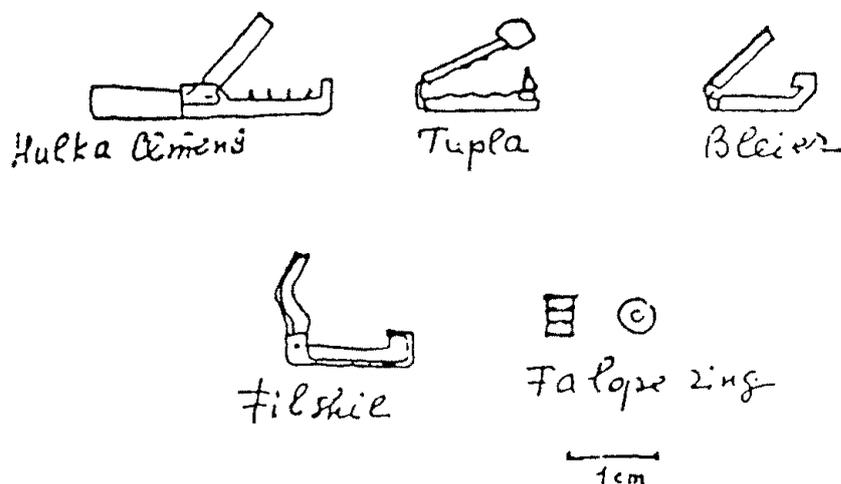
Во время лапароскопической стерилизации с помощью колец Falore вводится унифицированный инструмент-аппликатор, в котором имеются бранши для захвата трубы и эластическое кольцо, которое одевается на трубу. Труба захватывается браншами в среднем отделе и затягивается в просвет инструмента. Кольцо, одетое на аппликатор, соскакивает на трубу и пережимает ее (рис. 8). Если труба недостаточно затягивается в просвет инструмента, то ее можно подтянуть дополнительно введенными фиксирующими щипцами. Кольцо, одеваемое на трубу, состоит из диметилполипсона, диаметром 2,5 мм, внутренний диаметр ее 1 мм, растягивается до 4 мм. Одетое на трубу, оно вызывает локальную зону ишемии на протяжении 2 - 3 см трубы.

Если маточная труба отечна или фиброзирована, метод механической окклюзии с помощью колец не целесообразен, ибо может привести к рассечению и отрыву трубы.

Из других методов механической стерилизации при лапароскопии заслуживают внимание окклюзия маточных труб специальными клипсами Hulka-Climens (рис. 9), клипсами Filshie, клипсами Bleiera, клипсами Wecke и клипсами Tupla.

Эти клипсы изготовлены из различных полиамидных, рентгено-контрастных материалов. Применяются довольно широко в различных странах и эффективны. Выбор метода зависит от технической оснащённости клиники, опыта хирурга и показаний к стерилизации.

Рис. 9



Число реканализаций и неудачных попыток стерилизации зависит от примененной техники и составляет при униполярной коагуляции 2,6 - 3,7 случаев на тысячу стерилизаций, при биполярной коагуляции - 1,1 на тысячу, при термальной коагуляции (Semm, 1983), 0,21 - 0,4 на тысячу. При использовании механических методов колеблется от 0,9 на тысячу до 1% (таблица).

Таблица

Сравнение современных методов трубной стерилизации
 (Siddhartha D и соавт.)

Показатели	Методы	Биполярная коагуляция	Кольца	Зажимы
Технические трудности		3,03%	4,03 - 4,24%	6,08 - 8,5%
Технические неудачи		0,08%	0,17 - 3,8%	0,3 - 0,74%
Количество беременностей		0,1 - 0,4%	0,08 - 0,4%	0 - 0,59%
Обратимость стерилизации		66,6%	75 - 100%	80 - 100%

Ведение послеоперационного периода

Ведение пациенток с лапаротомией не имеет отличительных особенностей. Время выписки их зависит от основного объема оперативного вмешательства.

В случае стерилизации путем лапаротомии как самостоятельного оперативного вмешательства пациентки ведутся, как после операций на маточных трубах. После кульдоскопической стерилизации женщины нуждаются во врачебном наблюдении в течение 1 суток, после чего могут быть выписаны. После лапароскопической стерилизации женщины находятся в стационаре в течение 2 - 3 суток. В ряде стран эта процедура проводится в однодневном стационаре или амбулаторно, что зависит от технической оснащенности клиники, опыта хирурга и условий жизни пациентки.

Осложнения хирургической стерилизации женщин

Маточные трубы хорошо васкуляризируются через сеть анастомозирующих сосудов в брыжейке трубы. Поэтому оперативные вмешательства, связанные со стерилизацией, требуют деликатного обращения с тканями и проведения тщательного гемостаза.

Сосуды, проходящие в брыжейке трубы, могут повреждаться и приводить к кровотечению во время операции, а иногда и в послеоперационном периоде. Если во время проведения гемостаза произошло прокалывание иглой сосуда, то может образоваться гематома, достигающая значительных размеров.

Эндоскопическая стерилизация при правильном подходе к проблеме использования инструментов вызывает минимальное число осложнений. Однако не следует забывать, что при электрокоагуляции трубы могут возникнуть ожоги окружающих тканей и органов.

При аппликации кольца на трубу возможно рассечение ее браншами инструмента, что может вызвать кровотечение.

Для успешной эндоскопической стерилизации женщин необходимо соблюдать следующие условия: использование хороших инструментов, адекватный пневмоперитонеум, хорошая визуализация всех этапов операции.

Пациентки после эндоскопической стерилизации могут испытывать небольшие боли в течение нескольких часов.

Инструкция подготовлена сотрудниками научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН (Л.В. Адамян, С.Е. Белоглазова)

Заместитель начальника
управления охраны здоровья
матери и ребенка
Л.В.ГАВРИЛОВА

Приложение 4
к приказу
Министерства здравоохранения РФ
от 28.12.1993 N 303

ИНСТРУКЦИЯ ПО ПРИМЕНЕНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ СТЕРИЛИЗАЦИИ МУЖЧИН

Из существующих методов мужской хирургической контрацепции наиболее эффективным в утвердившемся в мировой практике является вазорезекция. Метод вазокклюзии с помощью различных синтетических материалов находится в настоящее время на стадии клинической апробации и поэтому не может быть рекомендован к широкому клиническому применению.

Вазорезекция - это простое и небольшое хирургическое вмешательство, целью которого является частичное иссечение семявыносящего протока в его мошоночном отделе, может выполняться в амбулаторных условиях или в урологическом стационаре.

Вмешательство предпочтительней проводить под местной анестезией, Общая (внутривенная) анестезия может быть использована при наличии грубых рубцов в пахово-мошоночной области.

Наилучшим доступом к семявыносящему протоку, где он легко пальпируется в составе семенного канатика, является верхняя часть мошонки. Для обработки операционного поля необходимо использовать водорастворимые растворы йодистых препаратов или водные растворы хлоргексидина.

При использовании местной анестезии нельзя добавлять в раствор анестетика адреналин в связи с возможностью длительной ишемии и постоперационных болей в яичках.

Техника операции

Проводится один или два вертикальных разреза длиной 0,5 - 1,0 см. кожи и глубжележащих оболочек мошонки в ее верхней части. Выполнение операции при одном разрезе рекомендуется тем, кто имеет большой опыт в выполнении вазорезекций.

После фиксации семявыносящего протока пальцами или цапкой вышележащие над ним ткани тупо разъединяются с помощью зажима типа "москит". Семявыносящий проток извлекается из раны с помощи этого же зажима; он представляет собой плотный тяж 2 - 3 мм в диаметре.

Вслед за этим, при необходимости, возможно дополнительное введение раствора анестетика в непосредственно прилегающие к данному участку семявыносящего протока ткани. После этого семявыносящий проток тщательно отделяется от окружающих тканей семенного канатика и лигируется в двух местах на расстоянии 1 - 1,5 см. Участок протока длиной 0,5 - 1,0 см между лигатурами резецируется. Некоторые хирурги, дополнительно, с целью избежать реканализации семявыносящего протока, создают фасциальный барьер между его пересеченными концами. Перед зашиванием кожной раны проверяют качество гемостаза и семявыносящий проток вправляют в полость мошонки. Для сшивания кожи раны желателно использовать рассасывающуюся кетгутовую нить. Длительность операции - 10 - 15 минут. Стерильная повязка, накладываемая на рану, должна быть сохранена в течение 24 часов. В этот период мужчина не должен принимать ванну или душ. Через 3 дня пациент может вернуться к работе, если она не связана с большой

физической нагрузкой.

Осложнения крайне редки и обычно связаны с образованием гематом. При небольших гематомах достаточно соблюдение постельного режима, применение суспензория и пузыря со льдом. Лечение больших гематом потребует госпитализации и введения дренажа или ревизии раны. Нагноение ран встречается гораздо реже, чем образование гематом. Обычно это нагноение в области кожной лигатуры, которую необходимо удалить и наложить повязку с одним из растворов антисептика.

Более редким осложнением является формирование сперматогенной гранулемы в области пересеченного семявыносящего протока. В большинстве случаев гранулема, обнаруженная пациентом, бессимптомна и хорошо поддается консервативному лечению противовоспалительными препаратами. В противном случае гранулема может быть иссечена хирургическим путем.

По данным литературы, вазорезекция не способствует увеличению частоты сердечно-сосудистых и других заболеваний, более того, у многих пациентов отмечено повышение половой потенции.

Вазорезекция считается эффективной при отсутствии сперматозоидов в двух микроскопических исследованиях эякулята. До проведения контрольного исследования должно произойти не менее 12 эякуляций. До этого времени пара должна применять другие методы контрацепции.

Учитывая возможность восстановления проходимости перевязанных (пересеченных) семявыносящих протоков, повторные исследования эякулята рекомендуется проводить через 6 недель, 4 - 6 месяцев и через год.

В подготовке инструкции принимали участие сотрудники НИИ урологии (В.Г. Горюнов), Республиканского центра репродукции человека (В.И. Васильев), Управления охраны Здоровья матери и ребенка Минздрава России.

Заместитель начальника
Управления охраны здоровья
матери и ребенка
Л.В.ГАВРИЛОВА