

ОПЫТ СРАВНИТЕЛЬНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РАЗЛИЧНЫХ МОДЕЛЕЙ ГИСТЕРОСКОПОВ

В современной гинекологии диагностическая и лечебная эндоскопия полости матки — гистероскопия — прочно занимает одно из ведущих мест в комплексе инструментальных методов диагностики. Многочисленные составляющие гистероскопии, как микрогистероскопия, хромогистероскопия, офисная гистероскопия, панорамная и резектоскопия, комбинированная с УЗИ, сальпингоскопией и лапароскопией, позволяют решать конкретные задачи диагностики и лечения, но требуют солидных материальных затрат на приобретение оборудования. Вместе с тем, сегодня перед многими специализированными отделениями встает вопрос целесообразности приобретения конкретного оборудования.

Цель работы — сравнить эффективность использования различных моделей гистероскопов в рутинной работе отделения гинекологии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Анализированы результаты медицинских карт женщин, находившихся на стационарном лечении в отделении гинекологии и подвергшихся амбулаторным исследованиям с 2002 по 2005 гг. Возраст от 20 до 68 лет. Гистероскопию выполняли в 1 фазу цикла. Использовали фиброгистероскопию эндоскопом НУГ-1Т10 и ригидную гистероскопию диагностическим гистероскопом и резектоскопом. В качестве дистензионной среды для диагностических исследований использовали 0,9 % раствор натрия хлорида.

Гистероскопию выполняли без обезболивания, под местным обезболиванием раствором лидокаина 2 % 10-12 мл, внутривенным обезболиванием и эндотрахеальным наркозом. Использовали окулярную методику, видеокамеры OTV-F3 для фиброскопа и Endocam (Storz) для ригидных эндоскопов. Оценивали длительность исследования, объем жидкости, необходимость расширения цервикального канала, частоту полных и неудачных исследований и их причины, осложнения, удобство работы врача.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Всего анализированы результаты 416 гистероскопий — 398 фибро- и 18 ригидных исследований.

Время исследования для фибро- и гистероскопии составило $11 \pm 1,1$ мин и $16 \pm 1,3$ мин, соответственно ($p < 0,5$). Исследование включало бимануальную пальпацию, обработку влагалища, введение зеркал, подготовку гистероскопа, попытку введения гистероскопа, расширение цервикального канала, собственно осмотр, манипуляции. Временные факторы зависели от конституции женщины — при избыточном весе женщин среднее время исследования в 1,5 раза превышало среднюю длительность исследования — на $8 \pm 0,8$ мин при фиброскопии и $12,3 \pm 1,5$ мин при ригидной гистероскопии ($p < 0,5$). Как видно, временные затраты не имеют существенной разницы при оценке средних показателей, хотя тенденция к удлинению времени исследования при ригидной гистероскопии имеет место. Вполне возможно, что при накоплении опыта эта разница станет ничтожной. Вместе с тем, при появлении технических трудностей в выполнении любого вида гистероскопии, соответственно, достоверно возрастало время исследования.

Объем дистензионной среды при фиброскопии составил $560 \pm 100,7$ мл, при ригидной гистероскопии — $780 \pm 90,0$ мл ($p < 0,2$). Основной расход и увеличение объема жидкости были связаны с необходимостью расширения цервикального канала или внутреннего зева, с миомой матки или избыточным весом женщины. Избыточное расширение цервикального канала также приводило к повышению расхода дистензионной среды. Как видно, конституция женщин и технические трудности создают условия для возникновения осложнений.

Без обезболивания фиброскопия выполнена 32 женщинам (8 %) без расширения цервикального канала, с минимальным расходом дистензионной среды и хорошим субъективным самочувствием. У 22 женщин (5,5 %) пришлось использовать местное обезболивание раствором лидокаина из-за неприятных и болевых ощущений при продвижении гистероскопа или необходимости расширения цервикального канала. 344 фиброгистероскопии (86,5 %) выполнены под внутривенным обезболиванием. Ригидная гистероскопия без обезболивания выполнена 4 женщинам (22 %) ($p < 0,05$), местная анестезия потребовалась в 2 случаях (11 %) ($p < 0,05$), внутривенное обезболивание — у 12 женщин (67 %) ($p < 0,5$). Достоверно большему числу удачных ригидных гистероско-

пий, выполненных без обезболивания, способствовал малый диаметр оболочки диагностического гистероскопа и его жесткость. Несколько больший диаметр операционного фиброгистероскопа зачастую требовал расширения. Вероятно, что использование диагностического фиброгистероскопа существенно изменило бы ситуацию.

Расширение цервикального канала при фиброскопии потребовалось у 376 женщин (94,5 %) против 10 (60 %) при ригидной гистероскопии ($p < 0,02$). Без расширения проведено, соответственно, 22 (5,5 %) и 8 (40 %) исследований. Использование для диагностических исследований операционного фиброскопа изменило возможную потребность в расширении цервикального канала, чем при использовании диагностического фиброгистероскопа.

Полный осмотр при фиброгистероскопии был выполнен у 395 женщин (99,2 %), в 3 случаях осмотр был неполным из-за рака эндометрия в переходной зоне и синехий. При ригидной гистероскопии полный осмотр был выполнен у 16 женщин (89 %), в 2 случаях полностью осмотреть полость матки не удалось из-за положения матки и миомы.

Фиброгистероскоп в абсолютном большинстве случаев позволил решить диагностические задачи при любых деформациях матки и любых соотношениях осей цервикального канала и полости матки. Возможность изгиба фиброскопа и ретроградный осмотр, вкупе с поворотами по оси, позволили не оставить без осмотра никакой участок эндометрия. При ригидной эндоскопии в нескольких случаях риск осложнений превысил ожидаемую диагностическую ценность, а

в 2 случаях пришлось дополнительно использовать фиброгистероскоп.

При оценке удобства работы впечатление менялось в зависимости от использования видеосистем. Комплексно учитывались положение врача, удобство введения и контроля за положением эндоскопа, комфорт и защита от дистензионной среды, качество изображения и доступность всех отделов для осмотра. Так, работа фиброскопом была более удобной и щадящей, комфортной при работе без видеосистемы, осмотру были доступны все области. Работа ригидным гистероскопом была значительно менее комфортной и удобной при работе без видеосистемы. При работе с видеосистемами комфорт и качество осмотра ригидной гистероскопией превосходили таковые при фиброэндоскопии.

Осложнения при фиброскопии отмечены в 1 случае (0,3 %) — обострение метроэндометрита, при ригидной гистероскопии осложнений не отмечено. Возможно, это связано как с малым количеством наблюдений, позволивших создать первичное впечатление, так и с более строгими показаниями для ригидной гистероскопии.

Таким образом, фиброгистероскопия и ригидная гистероскопия не могут быть противопоставлены друг другу, а должны дополнять друг друга. Отделения гинекологии должны располагать обоими типами гистероскопов, что позволит повысить частоту успешной диагностики и существенно сократить число неудачных исследований. Качество осмотра при ригидной гистероскопии существенно повышается при использовании видеосистемы.

* * *

КАЖДЫЙ ДЕСЯТЫЙ БРИТАНЕЦ ЗАРАЖЕН ХЛАМИДИОЗОМ

13% мужчин в возрасте 20-24 лет и 12% женщин в возрасте 16-19 лет, проживающих в Великобритании, инфицированы хламидиозом. В целом, носителями этой инфекции является каждый десятый британец и каждая десятая британка, сообщает ВВС.

Такие данные, полученные по результатам скрининга 180000 человек, были представлены на ежегодной конференции британского Агентства по охране здоровья (Health Protection Agency). Скрининговое обследование на половые инфекции лиц моложе 25 лет проводится с 2003 года во многих медицинских и немедицинских учреждениях Британии - молодежных клубах, университетах, колледжах и даже тюрьмах.

MEDЭнциклопедия: Хламидиоз - одно из немногих венерических заболеваний, которое может передаваться бытовым путем... "Хламидия - самая распространенная в Англии инфекция, передающаяся половым путем. В 2005 году в гинекологических и урологических клиниках такой диагноз был выставлен 96204 раза", - сообщила руководитель программы скрининга Мэри Макинтош (Mary Macintosh). В большинстве случаев хламидиоз протекает бессимптомно. Невыявленная и нелеченная хламидийная инфекция у женщин может вызывать воспаление органов малого таза. Кроме того, она может стать причиной бесплодия либо привести к внематочной беременности. У мужчин в результате хламидиоза может возникнуть эпидидимит (воспаление придатка яичка) и синдром Рейтера, характеризующийся сочетанным поражением мочеполовых органов, суставов и глаз.

Источник: www.medportal.ru