

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ ГИСТЕРОСКОПИИ ПРИ ПАТОЛОГИИ ЭНДО- И МИОМЕТРИЯ В РАЗЛИЧНЫЕ ВОЗРАСТНЫЕ ПЕРИОДЫ

ДИВАКОВА Т.С.*, МЕДВЕДСКАЯ С.Е.***, ДЕЙКАЛО Н.С.*,
ТАРАСОВА Т.М.***, НОВИЦКАЯ И.А.***, ИВКОВА Н.С.**

*Витебский государственный медицинский университет,
кафедра акушерства и гинекологии*
Отделенческая клиническая больница на станции Витебск****

Резюме. Целью работы явилась оценка частоты и структуры внутриматочной патологии по данным гистероскопии в различные возрастные периоды. Проведен анализ 642 гистероскопических картин у больных в возрасте от 16 до 81 года. Самую многочисленную группу составили больные с диффузной гиперплазией эндометрия – 37,6%. Полипы эндометрия выявлены у 15%, причем чаще выявлялись железистые полипы у больных репродуктивного и перименопаузального возраста; фиброзные и железисто-фиброзные полипы выявлялись реже и в основном у больных в перименопаузе. Сочетание диффузной гиперплазии с полипами эндометрия обнаружено в 3,7% случаев, и чаще в перименопаузе. Больные с эндометритом составили 11,5%, у 2-х из них в постменопаузе выявлена пиометра. Аденокарцинома была обнаружена у 0,9% больных в возрасте 55-72 лет. У 13,1% выявлены синехии различной степени, у 2,9% патология миометрия. В 31,3% случаев патологии эндометрия не было выявлено. Результаты исследования показали, что визуальный осмотр внутренней поверхности полости матки с помощью гистероскопа на сегодняшний день является незаменимым методом в диагностике внутриматочной патологии, информативность которого составила 98,0%.

Ключевые слова: гистероскопия, патология эндометрия, гиперпластические процессы.

Abstract. The aim of this study is the assessment of the rate and structure of intrauterine pathology according to hysteroscopy data at different age. The analysis of 642 hysteroscopic pictures was performed in patients aged 16-81. The patients with diffuse hyperplasia made up the largest group – 37,6%. Polyps of endometrium were found in 15% of cases; glandular polyps were found more often in patients at reproductive and perimenopausal age; fibrotic and glandular-fibrotic polyps were found rarely; most of the cases were in the perimenopausal period. Coexistence of diffuse hyperplasia with polyps of endometrium was found in 3,7% cases and more often in the perimenopausal period. Adenocarcinoma was found in 0,9% patients aged from 55 to 72. 13,1% showed synechia of different degree. 31,3% had no pathology of endometrium. The results obtained showed that visual examination of inner area of the uterine cavity by the hysteroscope is still the most important method in the diagnosis of intrauterine pathology, giving 98% information.

Патология эндо- и миометрия занимает ведущее место в структуре гинекологической заболеваемости, служит причиной патологических кровотечений, бесплодия, болевого синдрома. Внедрение эндоскопических технологий в клиническую практику изменило классические подходы к диагностике и лечению гинекологических больных [2]. В настоящее время эн-

доскопические методы исследования, к которым относится видеогистероскопия, приобрели широкое распространение, позволили оптимизировать тактику ведения больных [3, 5]. Необходима стандартизация показаний к гистероскопии, оценке гистероскопических картин, тактике ведения больных с внутриматочной патологией [4]. Целью настоящего исследования явилось определение роли гистероскопии в диагностике патологии эндо- и миометрия, в выборе тактики ведения больных.

Адрес для корреспонденции: 210038, Витебск, ул. П.Бровки 17-3-84, Медведская С.Е. Тел. 21-88-49, 37-94-39.

Методы

Проведен анализ 642 гистероскопий в гинекологическом отделении Отделенческой Клинической больницы ст. Витебск за 2002 год. Возраст пациенток составил от 16 до 81 года. Показанием к проведению гистероскопии являлись маточные кровотечения в ювенильном, детородном, перименопаузальном возрасте и постменопаузе, наличие расширенного М-эхо и неоднородность эндометрия при УЗИ (ультразвуковом исследовании) гениталий, подозрение на полип эндометрия, субмукозную миому, эндометриоз и рак эндометрия по данным УЗИ. Во всех случаях до вмешательства делали УЗИ органов малого таза, лабораторное обследование согласно стандарту протоколов обследования гинекологических больных. Обезболивание проводилось под внутривенным наркозом (калпсол, климофол). При подозрении на опухоль матки и придатков процедуру начинали с пункции брюшной полости через задний свод с последующим исследованием пунктата. Гистероскопию выполняли жестким гистероскопом фирмы «WOLF», Германия, диаметром 5мм с панорамным осмотром в 25°. В качестве жидкостной среды использовали 0,9% физиологический раствор натрия хлорида, при длительной меноррагии и при подозрении на эндометрит – 0,02% раствор хлоргексидина. После расширения цервикального канала до N 8,5 и заполнения промывной системы гистероскопа жидкостью последний медленно вводили в цервикальный канал и по мере продвижения в полость матки оценивали его состояние и состояние истмического отдела матки. Исследование полости матки начинали с устьев труб. Затем осматривали дно, переднюю, заднюю, боковые стенки, рельеф, цвет, толщину эндометрия, наличие деформаций, разрастаний, насыщенность и характер сосудистого рисунка, подслизистые кровоизлияния. Исследование завершалось раздельным диагностическим выскабливанием полости матки и цервикального канала, контрольной гистероскопией. Соскобы слизистой исследовались гистологически и цитологически.

На основании ретроспективного анализа гистероскопических картин и данных гистологических исследований больные были разделе-

ны на группы: I группа – 204 больных с диффузной гиперплазией эндометрия, II – 96 с полипами эндометрия, III – 24 с сочетанием диффузной гиперплазии с полипами эндометрия, IV – 76 с эндометритом, V – 6 с аденокарциномой, VI – 84 с синдромом Ашермана, VII – 19 с патологией миометрия (субмукозная миома, подслизистый эндометриоз), VIII – 201 без патологии эндо- и миометрия.

Результаты

Больные с гистероскопической картиной диффузной гиперплазии составили самую многочисленную группу (I). Средний возраст пациенток был 43,2 года. Картина диффузной гиперплазии была вариабельна и зависела от характера и распространенности патологического процесса. Эндометрий визуализировался как несоответствующий фазе менструального цикла (утолщенный, бледно-розового цвета, с образованием складок различной высоты, совершавших волнообразные движения при изменении потока жидкости). У большинства пациенток данной группы выявлена железисто-кистозная гиперплазия эндометрия (54%). Железистая гиперплазия определена у 36,1%, у 3,9% – гиперпластический смешанный эндометрий, у 2% – аденоматозная гиперплазия. Данный вид гиперпластического процесса имел место в репродуктивном и перименопаузальном возрасте. Только у 1 пациентки с ювенильным маточным кровотечением выявлена железисто-кистозная гиперплазия эндометрия на фоне приема ригевидона.

При полипах эндометрия (II группа) гистероскопическая картина характеризовалась наличием овальных или округлых образований бледно-розового цвета различных размеров, как правило, смещаемых током жидкости. Чаще диагностировали (71,9%) железистые полипы эндометрия. Полипы наблюдались во всех возрастных группах и имели продолговатую, конусовидную или неправильную форму, гладкую ровную поверхность бледно-розового, бледно-желтого цвета. Нередко при этом верхушка полипа была темно-багрового цвета. Железисто-фиброзные полипы выявлены у 16 больных (16,7%) перименопаузального возраста и напоминали по виду железистые. Фиброзные поли-

пы найдены только у 6 (6,3%) больных в виде образований на ножке плотной структуры, гладкой бледной поверхностью и незначительной васкуляризацией. По своим характеристикам и особенностям они напоминали подслизистую миому матки. В 94% случаев полипы сочетались с хроническим эндометритом. В послеоперационном периоде больным, кроме гормонотерапии, проводили противовоспалительное лечение.

Полипы эндометрия на фоне диффузной гиперплазии (III группа) выявлены в 13% случаев. Эти пациентки имели в анамнезе воспалительные процессы матки и придатков, метаболические нарушения с высоким индексом Берля (1,39).

В группу больных с гистероскопической картиной эндометрита (IV) вошли пациентки с жалобами на ациклические кровянистые выделения из половых путей, боли в низу живота и пояснице, кровомазание в менопаузе, гноевидные выделения из влагалища. У 2 больных выявлена пиометра. В качестве жидкостной среды именно у таких пациенток использовали 0,02% раствор хлоргексидина, в послеоперационном периоде проводили курс противовоспалительного лечения, включающий лаваж матки раствором хлоргексидина и антибиотикотерапию 2-мя и более препаратами. Особого внимания заслуживал вопрос о возможности проведения гистероскопии при пиометре в постменопаузе. Как показал наш опыт, пиометра не являлась противопоказанием для гистероскопии. Необходимым условием для эндоскопического вмешательства было обеспечение адекватного оттока вводимой жидкости и предотвращение попадания раствора через маточные трубы в брюшную полость. В жидкостную среду добавляли антибактериальный препарат, а манипуляции проводили на фоне системного введения антибиотиков для профилактики активации и распространения воспалительного процесса.

В V группе (6 случаев) выявлена аденокарцинома эндометрия. Возраст больных с аденокарциномой составил 55-72 года. Гистероскопически патология имела вид папилломатозных разрастаний серого или грязно-серого цвета, с усиленным сосудистым рисунком, фрагментами некроза и кровоизлияний. При изме-

нении объема вводимой жидкости ткань легко распадалась, крошилась и кровоточила.

При оценке распространения внутриматочных синехий (VI группа) использовали классификацию Европейской ассоциации гинекологов-эндоскопистов (1995), выделяющих 5 степеней внутриматочных синехий в зависимости от их плотности и протяженности, а также степени окклюзии устьев маточных труб и изменения эндометрия. Патогномоничным признаком синехий явилось наличие фиброзных бессосудистых тяжей различной плотности и протяженности между стенками матки, уменьшающими ее полость или облитерирующими ее. По результатам гистероскопии синехии выявлены чаще в пост- и перименопаузальном возрасте. Разрушение выполняли обязательно для предотвращения формирования замкнутых полостей и выявления скрытых патологических очагов эндометрия.

19 пациенток из VII группы имели почти одинаковую клиническую симптоматику, которая проявлялась альгодисменореей. У 11 из них выявлена субмукозная миома различной степени, у 8 – подслизистый аденомиоз. Субмукозную миому визуализировали в виде овоидных или округлых образований бледно-розового или белесоватого цвета с ровными и четкими контурами. Характерным признаком аденомиоза являлось наличие «шоколадных змеек» при изменении давления жидкости.

Пациентки с нормальной гистероскопической картиной (VIII группа) поступили в гинекологическое отделение с подозрением на патологию эндометрия. При этом имели место дисфункциональные маточные кровотечения, миома матки, патология эндоцервикса и придатковые образования яичников. Кроме того, у 12% больных при УЗИ гениталий выявлено расширение М-эхо до 16 мм, неоднородность эндометрия, жидкостные включения в полости. Наличие неизменной слизистой матки по данным гистероскопии свидетельствует о том, что расширение М-эхо во 2-ю фазу менструального цикла при однородности эндометрия по данным УЗИ является вариантом нормы и не должно быть показанием к гистероскопии. Неоднородность эндометрия и жидкостные включения в нем накануне менструации также не всегда являются признаком патологии слизи-

той матки, а свидетельствуют о начале фазы десквамации и необходимости контрольного УЗИ после менструации влагалищным датчиком [2].

Являясь инвазивным методом, гистероскопия может сопровождаться осложнениями и должна иметь четкие показания к ее выполнению. В нашей практике имелся 1 случай осложнения гистероскопии – перфорация матки гистероскопом. Патогномоничными «признаками» перфорации были «проваливание» гистероскопа за пределы матки, резкое «спадение» стенок полости матки, избыточный расход жидкости.

Выводы

1. Гистероскопия позволила выявить внутриматочную патологию у 68,8% больных, уточнить характер внутриматочной патологии в 98,0% случаев, у 22,0% изменить тактику ведения, в 18,0% осуществить хирургическое внутриматочное вмешательство

2. Визуальный осмотр внутренней поверхности матки в сочетании с ультразвуковым исследованием, биопсией эндометрия дает возможность достаточно точно интерпретировать внутриматочную патологию. Информативность и незначительная травматичность позволяют использовать этот метод в хирургии одного дня.

Литература

1. Адамян Л.В., Белоглазова С.Е. Акуш. и гин. – 1997. - №5. – с. 68-69.
2. Кулаков В.И., Адамян Л.В. Лапароскопия и гистероскопия в гинекологии и акушерстве. М., 2002. – С. 384-387.
3. Кулаков В.И., Адамян Л.В. Лапароскопия и гистероскопия в диагностике и лечении гинекологических заболеваний. М., 1998. - С.132-133.
4. Хохлова И.Д., Кудрина Е.А. Акуш. и гин.- 1996. - №4. – С. 50.
5. Кулаков В.И., Адамян Л.В. Эндоскопия и альтернативные подходы в хирургическом лечении женских болезней. М., 2001. - С. 556-557.

*Поступила 26.03.2004 г.
Принята в печать 25.06.2004 г.*

Издательство Витебского государственного медицинского университета

Глушанко В.С., Тимофеева А.П., Плиш А.В. **Организация амбулаторно-поликлинической, скорой и неотложной помощи городскому населению. Диспансеризация населения.** - Витебск: изд-во ВГМУ, 2004. - 79 с.

Флора Республики Беларусь: медицинское и хозяйственное значение. Том 3 / Под общей ред. В.И. Карповой, Н.С. Гуриной. - Витебск: изд-во ВГМУ, 2004. - 656 с.

Мерещак Н.Г., Вольнова Н.А., Алексеева Г.З., Семенюк Л.П., Пупа И.А., Чернявская Л.Г. **Латинская клиническая терминология. Учебно-методическое пособие.** - Витебск: изд-во ВГМУ, 2004. - 123 с.

Глушанко В.С., Плиш А.В. **Медико-социальная экспертиза.** - Витебск: изд-во ВГМУ, 2004. - 103 с.

Мерещак Н.Г., Вольнова Н.А., Алексеева Г.З., Семенюк Л.П., Пупа И.А., Чернявская Л.Г. **Латинская анатомическая терминология. Учебно-методическое пособие.** - Витебск: изд-во ВГМУ, 2004. - 64 с.