

Л.И. МАЛЬЦЕВА, Е.Ю. ЮПАТОВ

Казанская государственная медицинская академия

УДК 616-072:618.14-002

Офисная гистероскопия — новая технология в амбулаторной практике акушера-гинеколога

Мальцева Лариса Ивановнадоктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии № 1
420015, г. Казань, ул. Большая Красная, д. 51, тел. (843) 236-46-41, e-mail: laramalc@mail.ru

В статье представлены данные литературы и собственные наблюдения, показывающие высокую информативность, безопасность и приемлемость офисной гистероскопии для диагностики патологии эндометрия у женщин с нарушением репродуктивной функции. При обследовании 485 пациенток с невынашиванием беременности у 51,3% был диагностирован хронический эндометрит, у 22% — полипы эндометрия, у 2,8% — эндометриоз матки, у 0,5% — синдром Ашермана, у 2,4% — порок развития. Высокая эффективность и комплаентность исследования позволяют рекомендовать его для широкого применения в условиях женских консультаций.

Ключевые слова: патология эндометрия, нарушение репродуктивной функции, офисная гистероскопия.

L.I. MALTSEVA, E.Y. YUPATOV

Kazan State Medical Academy

Office hysteroscopy — a new technology in the outpatient practice of an obstetrician-gynecologist

The paper presents the literature data and own observations, showing a high information content, safety and acceptability of office hysteroscopy for diagnosing endometrial pathology in women with reproductive disorders. An examination of 485 patients with recurrent miscarriages at 51.3% were diagnosed chronic endometritis, 22% — polyps of the endometrium, 2.8% — endometriosis uterus, 0.5% — Asherman syndrome, a 2.4% — a malformation. High efficiency and compliance investigations can be recommended for widespread use in prenatal clinics.

Keywords: pathology of the endometrium, reproductive disorders, office hysteroscopy.

Гистероскопия — золотой стандарт в исследовании полости матки на протяжении более 140 лет. Считается, что первая документированная гистероскопия у живой пациентки была проведена Pantaleoni в 1869 г., когда у 69-летней женщины с жалобами на кровянистые выделения из половых путей был обнаружен и удален полип эндометрия. Потребовалось много лет и немало усилий гинекологов всего мира для того, чтобы стандартизировать метод гистероскопии, сделать его безопасным и эффективным. Основными вехами в развитии гистероскопии был 1925 год, когда Rubin и Gauss [цит. по 2] предложили применять для расширения полости матки газ и жидкость;

в 70-е годы в связи с техническим прогрессом стали доступными удобные инструменты для работы в полости матки, в том числе и монополярные резектоскопы, и наконец в 1980 гистероскопия во всем мире практически вытеснила привычные расширение и выскабливание полости матки как единственно доступные методы для диагностики внутриматочной патологии.

На сегодняшний день опыт проведения обучающих циклов по гистероскопии с уверенностью позволяет сказать, что офисная гистероскопия — это ценная, но пока мало применяющаяся в России технология, что, впрочем, не отличается от данных мировой литературы, где указывается, что всего лишь 15-20%

гинекологов применяют офисную гистероскопию в своей рутинной практике. Вместе с тем Всемирная организация здравоохранения рекомендует применять офисную гистероскопию во всех случаях обнаружения патологического процесса при УЗИ или гистеросальпингографии (ГСГ), а также у женщин после неудавшихся вспомогательных репродуктивных технологий [1, 7]. С одной стороны, такой подход объясняется тем, что при проведении ГСГ и УЗИ имеется большое количество ложноположительных или ложноотрицательных результатов, с другой, широко применять офисную гистероскопию мешают наши заблуждения.

Итак, **первое заблуждение:** офисная гистероскопия мало кому показана. Действительно, какие же показания существуют для офисной гистероскопии? Принято считать, что в целом это подозрение на любую внутриматочную патологию, что определяет круг пациентов для проведения офисной гистероскопии. Более подробно показания для офисной гистероскопии приведены в таблице 1.

Таблица 1.
Показания для офисной гистероскопии

Показание	Возможности офисной гистероскопии
Аномальное маточное кровотечение (АМК)	Гистероскопия позволяет напрямую визуализировать внутриматочную патологию — причину АМК, помимо этого сразу провести лечение (3)
Бесплодие	Гистероскопия — часть обязательного комплекса обследования при бесплодии. Позволяет уточнить данные, полученные при проведении ГСГ и УЗИ
Внутриматочные спайки	Разрушение спаек при прямой визуализации в амбулаторных условиях
Аномалии развития матки	Офисная гистероскопия применяется в основном для диагностики грубых пороков развития и для лечения малых форм (перегородка полости матки)
Полипы и миома матки	Диагностика и лечение возможны в амбулаторных условиях
Стерилизация	Необратимая внутриматочная стерилизация системой ESSURE
Непроходимость проксимальных отделов маточных труб	Осмотр устьев маточных труб
Внутриматочные контрацептивы	Удаление при прямой визуализации

Заблуждение второе: зачем проводить двойное исследование, когда можно направить больную в стационар, где будет проведена гистеро- или гистерорезектоскопия при необходимости. В то же время совершенно очевидно, что лучше

поставить правильный диагноз и провести лечение в амбулаторных условиях, чем подвергать пациента общему наркозу в условиях операционной.

Заблуждение третье: офисную гистероскопию невозможно выполнить без обезболивания. Мнение, на наш взгляд, родившееся от иногда неадекватной анестезии при расширении цервикального канала и выскабливании полости матки.

В действительности же в мире проведено не одно исследование, доказывающее безболезненность офисной гистероскопии при применении специально предназначенных для метода инструментов. Приведем некоторые из них: в 2000 году в Италии S. Betocchi с соавт проанализировали 501 случай офисной гистерорезектоскопии без анестезии. Их заключение — возможно использование гистероскопов нового поколения с 5 Фг. электродами в амбулаторных условиях без анестезии (5). В 2004 году в этой же клинике S. Betocchi с соавт. проанализировали уже 4863 случая офисной гистероскопии по поводу различной внутриматочной патологии. Заключение — проведение офисной гистероскопии связано с высоким уровнем удовлетворенности пациента, если правильно определены показания для процедуры (4). И, наконец, 2012 год, Carta G. с соавт. показали, что уменьшение времени ожидания офисной гистероскопии снижает уровень дискомфорта во время ее проведения (6).

Заблуждение четвертое: для выполнения офисной гистероскопии необходимо быть экспертом. На базе кафедры акушерства и гинекологии № 1 Казанской государственной медицинской академии (зав. — профессор Мальцева Л.И.) проходят обучение врачи со всех территорий Российской Федерации и ближнего зарубежья. Удобные условия проведения гистероскопии в амбулаторных отделениях позволяют без ограничений осваивать новую методику и устраняют это заблуждение. Нам хочется верить, что врачи, прошедшие обучение, активно внедряют офисную гистероскопию в свою ежедневную практику.

Целью настоящего исследования явилась демонстрация возможностей офисной гистероскопии в диагностике причин невынашивания беременности.

Материалы и методы

Проведен анализ 458 случаев офисной гистероскопии у женщин с самопроизвольным прерыванием беременности, что послужило основным показанием для процедуры. Использовали офисные гистерорезектоскопы Versascope и Alfascop (Джонсон и Джонсон, США) в сборе с гистероскопической стойкой «Эндомиум» (Россия, Казань) с обязательным применением гистеропомпы с весами. Для гистерорезекции применяли 5 Фг. электроды системы Versapoint (Джонсон и Джонсон, США). Все офисные гистероскопии были проведены одним гинекологом в амбулаторных условиях, без анестезии, гистологические исследования проводились одним гистологом. При проведении офисной гистероскопии соблюдалась общепринятая для данной методики последовательность действий: после соответствующей обработки промежности и влагалища без применения влагалищных зеркал и пулевых щипцов вводили гистероскоп Alfascop в операционном тубусе. Последовательно осматривали стенки влагалища, цервикальный канал, проводили обзорную гистероскопию. При выявлении патологических изменений брали биопсию с помощью 5 Фг., биопсийных щипцов, проводили удаление патологических образований 5 Фг. гистероскопическим зажимом или ножницами, при необходимости проводили коагуляцию 5 Фг., электродами типа «шарик» и «спираль». Все процедуры записывались на видеоноситель.



Результаты

При проведении 458 офисных гистероскопий мы не наблюдали осложнений в виде перфорации стенок матки, кровотечения, ТЭЛА, отека легких. Время ожидания гистероскопии составило 2 ± 1 дня, длительность процедуры — $11,3 \pm 2,5$ минуты. Средний возраст обследованных был $34,3 \pm 3,1$ года, 72,9% женщин имели в анамнезе хотя бы одну беременность и роды, у 19,8% пациенток прерванная беременность была единственной, 7,2% страдали бесплодием до наступления прервавшейся беременности.

Нормальная гистероскопическая картина была обнаружена у 10,4% обследованных (рис. 1), у 51,3% выявлялся хронический эндометрит (рис. 2), подтвержденный при гистологическом исследовании биоптатов эндометрия. Типичными признаками в этих случаях являлись расширение сосудов, очаговые кровоизлияния в эндометрии, чередование участков гиперемии и белесоватости эндометрия, появления очагов гиперплазии, которые морфологически верифицировались как очаговая гиперплазия, полипов эндометрия.

Рисунок 1.

Нормальная гистероскопическая картина эндометрия



Рисунок 2.

Гистероскопическая картина хронического эндометрита



Следует отметить, что среди женщин с хроническим эндометритом часто (63,8%) встречался стеноз внутреннего зева (рис. 3.), у 4,2%, напротив, отсутствовал анатомически выраженный внутренний зев (рис. 4), что клинически проявлялось в истмикоцервикальной недостаточности и привычном невынашивании беременности. Очаговая гиперплазия эндометрия (рис. 5) наблюдалась у 20% женщин с хроническим эндометритом.

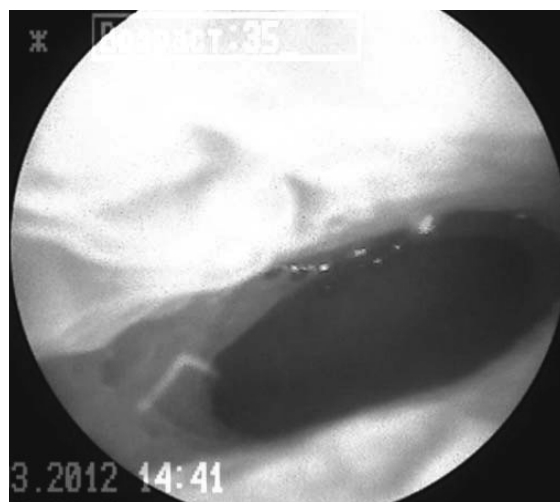
Рисунок 3.

Гистероскопическая картина стеноза внутреннего зева



Рисунок 4.

Отсутствует анатомически выраженная «арка жизни»



У 0,5% больных был диагностирован синдром Ашермана 3 стадии (рис. 6), провести офисную гистероскопию полноценно не представлялось технически возможным в связи с полной облитерацией спайками цервикального канала. В анамнезе у этих женщин был тяжелый послеродовой эндометрит, одной пациентке уже проводили гистероректоскопию по поводу синдрома Ашермана.



Рисунок 5.
Очаговая гиперплазия эндометрия у женщины с хроническим эндометритом



Рисунок 6.
Синдром Ашермана

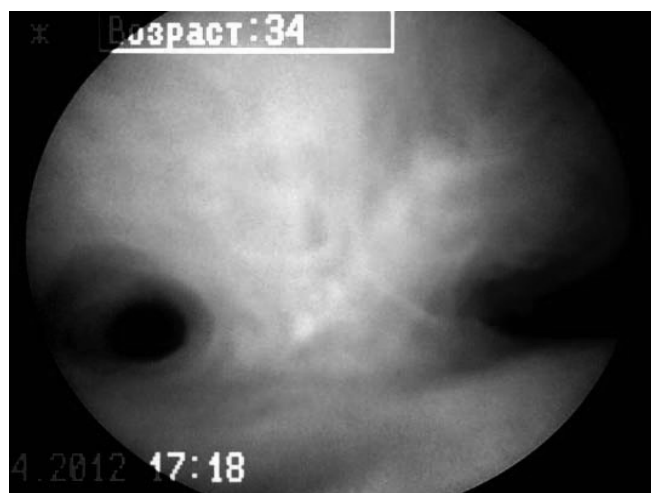


Рисунок 7.
Полип эндометрия



У 22% женщин обнаруживались и были удалены полипы эндометрия (рис. 7). При дальнейшем ультразвуковом контроле в течение года рецидивов полипов не отмечали. У 2,4% женщин впервые были выявлены аномалии развития матки (рис. 8), у 2,8% обнаруживали эндометриоз матки (рис. 9).

Рисунок 8.
Полное удвоение матки. Отсутствует устье левой маточной трубы

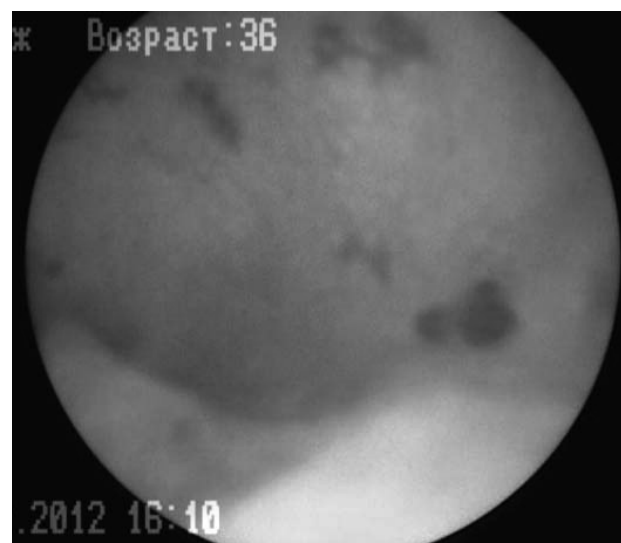
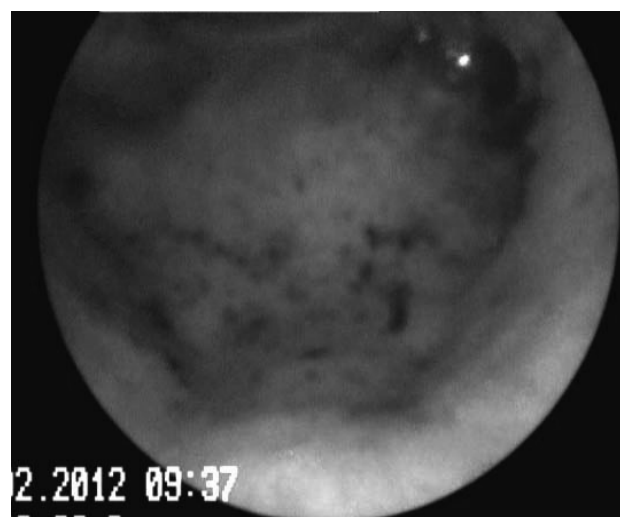


Рисунок 9.
Эндометриоз матки



Обсуждение

Офисная гистероскопия позволила выявить внутриматочную патологию у 89,6% обследованных женщин. Интересно, что вся выявленная внутриматочная патология может быть причиной неудачных беременностей. Выполнение процедур одним гинекологом позволило избежать многообразия вариантов трактовки гистероскопической картины. Наличие видеозаписи позволяет согласовывать полученные видеокартинки с гистологом и опытными экспертами-гинекологами, что уменьшает возможность ошибочного трактования увиденного на мониторе. Применение офисных гистероскопов диаметром 3,5 мм

в амбулаторных условиях, без анестезии, пулевых щипцов, расширителей Гегара, влагалищных зеркал делает исследование доступным и экономически эффективным. Все процедуры хорошо переносились пациентками, в том числе и нерожавшими. Более того, женщина «присутствует» во время операции, активно участвует в обсуждении выявленной патологии и видит, как проходит лечение, и его результат.

На данный момент исследование не является законченным, поэтому пока не представляется возможным сделать заключение о влиянии офисной гистероскопии как метода диагностики и лечения причин, приводящих к проблемной беременности на дальнейшую репродуктивную функцию женщин, однако возможность одномоментной диагностики и лечения внутриматочной патологии у женщин с неудачной беременностью в амбулаторных условиях без длительной госпитализации представляется перспективным.

Заключение

Проведение офисной гистероскопии инструментом рабочим диаметром 3,5 мм, оснащенным биполярным электродом, в амбулаторных условиях без анестезии и анальгезии позволяет обнаружить внутриматочную патологию у женщин с нарушением репродуктивной функции в 89,6% случаев. Офисную гистероскопию необходимо включать в рутинную практику акушеров-гинекологов амбулаторно-поликлинического звена государственных и частных клиник.

ЛИТЕРАТУРА

1. Rosa de Silva A.C., Rosa de Silva J.C., Candido dos Reis F.J., Nogueira A.A. and Ferriani R.A.. Routine office hysteroscopy in the investigation of infertile couples before assisted reproduction, *Journal of Reproductive Medicine for the Obstetrician and Gynecologist*, vol. 50, no. 7, pp. 501-506, 2005.
2. ACOG Technical Bulletin Number 191. — April 1994. *Int J Gynaecol Obstet*. May 1994; 45 (2): 175-80.
3. Cooper J.M., Brady R.M.. Hysteroscopy in the management of abnormal uterine bleeding. *Obstet Gynecol Clin North Am*. Mar 1999; 26 (1): 217-36.
4. Bettocchi S., Ceci O., Di Venere R., Pansini M.V., Pellegrino A., Marelli F., Nappi L. Advanced operative office hysteroscopy without anaesthesia: analysis of 501 cases treated with a 5 Fr. bipolar electrode *Hum Reprod*. 2002 Sep; 17 (9): 2435-8.
5. Bettocchi S., Ceci O., Nappi L., Di Venere R., Masciopinto V., Pansini V., Pinto L., Santoro A., Cormio G. Operative office hysteroscopy without anesthesia: analysis of 4863 cases performed with mechanical instruments. *J Am Assoc Gynecol Laparosc*. 2004 Feb; 11 (1): 59-61.
6. Carta G., Palermo P., Marinangeli F., Piroli A., Necozone S., De Lellis V., Patacchiola F. J Waiting time and pain during office hysteroscopy. *Minim Invasive Gynecol*. 2012 May; 19 (3): 360-4. Epub 2012 Mar 3.
7. Balmaceda J.P. and Ciuffardi I. Hysteroscopy and assisted reproductive technology. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, vol. 22, no. 3, pp. 507-518, 1995.

УВАЖАЕМЫЕ АВТОРЫ!

Перед тем как отправить статью в редакцию журнала «Практическая медицина», проверьте:

- Направляете ли Вы отсканированное рекомендательное письмо учреждения, заверенное ответственным лицом (проректор, зав. кафедрой, научный руководитель).
- Текст статьи должен быть в формате .doc, но не .docx.
- Резюме 8-10 строк на русском и английском языках должно отражать полученные результаты, но не актуальность проблемы.
- Рисунки должны быть черно-белыми, цифры и текст на рисунках не менее 12-го кегля, в таблицах не должны дублироваться данные, приводимые в тексте статьи.
- Цитирование литературных источников в статье и оформление списка литературы должно соответствовать требованиям редакции: список литературы составляется в порядке цитирования источников, но не по алфавиту.

Журнал «Практическая медицина» включен Президиумом ВАК в Перечень ведущих рецензируемых научных журналов и изданий, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание ученой степени доктора и кандидата наук.