

следования, диагностируют латентный хронический риносинусит. Эти данные важны для клиницистов, так как хронический риносинусит, протекающий скрыто, не исключает осложнений со стороны органов и систем (в том числе и внутричерепных).

Литература

1. Янов Ю.К., Рязанцев С.В. // Вест. оториноларингол. – 2007. – № 4.
2. Пискунов Г.З., Лазаревич И.Л. // Рос. ринол. – 2008. – № 2.
3. Бондарук В.В., Гофман В.Р. Новые возможности в диагностике латентных синуситов
4. Гофман В.Р. // Учебник. – СПб. – 2001. – 292 с.
5. Мецеракова К.Л., Лютова Н.В. // Рос. ринол. – 2006. – № 4.
6. Серебрякова И.Ю. и др. // Рос. ринол. – 2005. – № 2.
7. Сергеев М.М. Барьерная роль слизистой оболочки и ее лечение при воспалительных заболеваниях верхних дыхательных путей. – Краснодар, 2004.
8. Шелудченко Т.П. // Рос. ринол. – 2006. – № 2.
9. Лютова Н.В., Пискунов Г.З. // Рос. ринол. – 2008. – № 2.
10. Супрунов В.К. Дифференциально-диагностические таблицы и схемы по оториноларингологии. – Краснодар, 1969. – 51 с.
11. Рязанцев С.В. Острый синусит: диагностика и терапия. – 2005.

УДК 618.1-002: 615.838.7

ОЦЕНКА АМБУЛАТОРНОЙ ГИСТЕРОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ ВНУТРИМАТОЧНОЙ ПАТОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Р.Э. КУЗНЕЦОВ*

В структуре гинекологической заболеваемости внутриматочная патология эндометрия, эндоцервикса и миометрия, занимает ведущее место. Данная патология помимо роста опухоли опасна своими осложнениями различной выраженности болевым синдромом и нарушениями, связанными с сопутствующей патологией (аденомиоз, гиперплазия эндометрия, полипы эндометрия). Гистероскопия с последующим забором материала на цитоморфологическое исследование занимает одно из ведущих мест среди методов доклинической диагностики рака и предрака эндометрия у пациенток в постменопаузе [3, 4]. В своей работе мы придерживались схемы возрастной периодизации онтогенеза человека, принятой в 1965 г. АМН СССР, согласно которой к пожилому возрасту относят женщин от 56 до 74 лет, старческому – от 75 до 90 лет, людей старше 90 лет считают долгожителями [3]. По классификации патологических состояний эндометрия по Я.В. Бохману [6] выделяют: а) фоновые процессы: железистая гиперплазия, эндометриальные полипы; б) предраковые заболевания: атипическая гиперплазия; г) рак: аденокарцинома, светлоклеточная мезоэпителиальная аденокарцинома, недифференцированный рак железисто-плоскоклеточный рак. Особое место среди патологических состояний эндометрия в связи с увеличением частоты данного заболевания в течение последних десятилетий и малой результативностью диагностики и лечения, занимает рак эндометрия [8].

На фоне гиперплазии эндометрия часто выявляются полипы с очаговым аденоматозом, относящиеся к предраковым заболеваниям эндометрия. Очаговый аденоматоз в полипах эндометрия определяется при гистологической верификации и эндоскопически не выявляется [7]. Одним из опухолеподобных состояний эндометрия, при котором эндометриальные железы с окружающей их цитогенной стромой располагаются в миометрии, чаще в его подслизистом отделе, является аденомиоз. У большинства больных внутренним эндометриозом десмоитические и деструктивные изменения соединительно-тканной основы ведут к пенетрации железистого и стромального компонента базального слоя эндометрия в миометрий [5, 6]. Аденомиоз составляет 14–35% в структуре гинекологических заболеваний. Предложено определять в качестве критерия внутреннего эндометриоза инвагинацию слизистой оболочки тела матки $\geq 0,2-0,25$ см. от уровня границы эндометрия и миометрия [11]. Морфологическое исследование ткани миометрия

выявляет железистые структуры разной формы и величины, включая кистознорасширенные, выстланные цилиндрическим эпителием и окруженные стромой цитогенного характера.

Оптимальным хирургическим методом диагностики субмукозной миомы матки является гистероскопия. Она позволяет обнаружить узел миомы и оценить возможность его последующего удаления при гистероскопии. Проведенные исследования показали, что у больных миомой матки в постменопаузальном периоде сохраняется эстрогенная стимуляция, повышенная васкуляризация миометрия и миоматозных узлов в сравнении с физиологической постменопаузой. Выраженный внутриопухолевый кровоток был зарегистрирован у 26,7% больных миомой матки с длительностью постменопаузы до 5 лет [2]. Гистероскопия, как метод диагностики и лечения, широко используется при воспалительных заболеваниях матки. Внутриматочные сращения (синехии) являются случайной находкой, т. к. их толщина (0,1–0,3 см) и эластичность не позволяют в большинстве случаев установить данный диагноз с помощью ультразвукового исследования и гистеросальпингографии [1].

Модернизация гибких и жестких эндоскопов привела к созданию гистероскопов небольшого диаметра (3,1–4,5–5,6–6,5 мм) – амбулаторных (офисных) гистероскопов, позволяющих вести эффективную панорамную визуализацию полости матки без расширения цервикального канала и при минимальных ощущениях дискомфорта у больных, почти не требующих обезболивания. Наличие в эндоскопе инструментального канала увеличивает общий диаметр гистероскопа, но позволяет проводить, в зависимости от $\varnothing$ рабочего канала, прицельную «щипковую» и аспирационную биопсию, удаление синехий, удаление фрагментов ВМК и мелких полипов эндометрия [10, 11]. В связи с отсутствием необходимости расширения цервикального канала и общего обезболивания создателями амбулаторных (офисных) гистероскопов установлен приоритет гистероскопии по отношению к традиционной панорамной гистероскопии для уменьшения травматичности внутриматочного вмешательства [9, 10].

Цель исследования – изучение методических и клинических аспектов применения амбулаторной гистероскопии, её преимуществ и недостатков в диагностике и лечении внутриматочной патологии у пожилых пациенток.

Материалы и методы. Для проведения амбулаторной гистероскопии мы использовали инструментарий и аппаратуру фирмы «OLYMPUS» (Япония). Осмотр внутренней поверхности матки в условиях офисной гистероскопии шел с использованием однопроточного фиброгистероскопа $\varnothing 3,1$ мм (операционный канал 1,2 мм), а также жесткого 2-канального гистероскопа (постоянно-проточный) с телескопом 3 мм и сменными стволами $\varnothing 5,5$ мм, 6,5 мм и соответственно рабочими каналами 5Fr, 7Fr.

Таблица 1
Технические данные амбулаторных гистероскопов

Параметры	Офисный гистероскоп	
	Жесткий	Гибкий
Наружный диаметр	5,5–6,5 мм	3,1 мм
Передача изображения	Система линз	Волоконная оптика: передача информации возможна под любым углом
Дистальный конец	Фиксированный	Подвижный
Светопередача	Стекловолоконно	Стекловолоконно
Угол поля зрения	12°, 30°, 70°	до 120°
Конец	Фиксированный	Сгибание под углом 90° на конце
Обзор	Косой, латеральный	Фронтальный

УЗИ выполняли на аппаратах «Aloka-1200» (Япония) с использованием трансбdomинального датчика (3,5 МГц) при наполненном мочевом пузыре и «Hithachi EUB-405» (Япония) с использованием трансвагинального датчика (6,5 и 5 МГц). Выполняли продольное и поперечное сканирование органов малого таза. Для лучшего контакта со сканируемой поверхностью кожу брюшной стенки смазывали гелем. При эхографии органов малого таза смотрели величину матки, толщину и структуру эндометрия и миометрия, наличие или отсутствие миоматозных узлов и при выявлении последних – на их размеры, локализацию и число, а также признаки аномалий развития матки. Кроме того, особое внимание обращали на структуру и размеры яичников.

Возможности трансвагинальной УЗИ патологических процессов в полости матки расширялись за счет проведения жидкостного контрастирования полости матки (гистеросонография,

* ГКБ им. С.П. Боткина (Москва), 2-й Боткинский пр-д, 5 (499) 762-6256; r.e.kuznetsov@rambler.ru

эхогистерография) В качестве контрастирующего вещества применяли физиологический раствор или 5% раствор глюкозы. Исследование шло с расширением полости матки жидкостью, что позволило совместить жидкостную гистероскопию с получением одномоментных эндоскопических и ультразвуковых характеристик патологического процесса. Визуализация полости матки осуществлялась в динамике введения контрастного вещества. Интраоперационное трансвагинальное сканирование осуществлялось в момент операции при расширенной жидкостью полости матки. Перед амбулаторной гистероскопией пациенткам велось лабораторное обследование включающее в себя лабораторные анализы крови, определение групповой принадлежности и резус-фактора крови, биохимических показателей, ЭКГ, анализ крови на ВИЧ, HbS, HCV-антигены, реакцию Вассермана, общий анализ мочи и анализ выделений из влагалища на степень чистоты.

Общая клиническая характеристика. С целью диагностики внутриматочной патологии амбулаторная гистероскопия проводилась 350 больным, из них в условиях стационара 100 (28,6%) и в амбулаторных условиях на догоспитальном этапе обследования 250 (71,4%) больным. Внутриматочная патология была заподозрена на основании результатов скрининг-УЗИ органов малого таза у 88 (25,1%) и жалоб на патологические маточные кровотечения у 14 (4,2%) больных. Гистероскопический контроль эффективности удаления субмукозных миоматозных узлов, полипов эндометрия, гормональной терапии и абляции эндометрия в амбулаторных условиях предпринят у 115 (32,9%) больных. Возраст обследованных от 56 до 90 лет, из них в пожилом возрасте – 298 (85,1%), старческом возрасте – 52 (14,9%). С целью эндоскопической верификации данных УЗИ о характере внутриматочной патологии интраоперационно, во время амбулаторной гистероскопии, всем 350 больным проводилось трансвагинальное ультразвуковое исследование. В случаях расширения полости матки жидкостью УЗИ предпринималось одновременно с введением в полость матки гистероскопа – эхогистероскопия, а при расширении углекислым газом до введения гистероскопа.

Обследование пациенток шло по общепринятой схеме, начиная со сбора жалоб, анамнеза, изучения особенностей менструальной, половой и репродуктивной функций с учётом гинекологических и сопутствующих заболеваний. Длительность постменопаузального периода составила от 1–42 года, в среднем $10,5 \pm 2,0$ года. Генеративная функция обследованных характеризовалась: среднее количество родов составило $1,65 \pm 0,12$, артифициальных аборт и самопроизвольных выкидышей – $4,78 \pm 0,38$. Патологические роды (аномалии родовой деятельности), патологические кровотечения, оперативное родоразрешение) были у 17,36% пациенток. Инфекционные заболевания в прошлом отмечали 116 (33,2%) женщин, из них частые простудные заболевания – 67 (19,1%), пневмонию – 24 (6,9%). Сопутствующими заболеваниями страдали 345 (98,6%) пациенток, нередко выявлялось сочетание нескольких заболеваний. В табл. 2 представлены данные об экстрагенитальных заболеваниях.

Таблица 2

Частота экстрагенитальной патологии у обследованных больных

Нозологическая форма	Количество наблюдений	(%) к общему числу пациенток
Заболевания ЖКТ	142	40,6
Гипертоническая болезнь	154	44
ИБС	66	18,9
Сахарный диабет	22	6,3
Ожирение	46	13,2
Варикозная болезнь	84	24
Мастопатия	20	5,7
Сочетание заболеваний	110	31,4

Полученные в ходе исследования данные говорят о высокой частоте экстрагенитальных заболеваний, оказывающих существенное влияние на возникновение метаболических нарушений, играющих немаловажную роль в развитии внутриматочной патологии. Из перенесённых гинекологических заболеваний эрозия шейки матки отмечена у 86 (24,6%) пациенток. Диатермокоагуляция ранее была произведена 52 (14,9%) больным, криодеструкция 14 (4%) пациенткам, в остальных случаях не было попыток лечения эрозии шейки матки. Острые воспалительные заболевания матки и придатков в анамнезе отмечены у 48 (13,7%) больных. Раздельное диагностическое выскабливание по по-

воду маточных кровотечений в прошлом проводилось 78 (22,3%), неоднократно до 4 раз – 17 (4,9%) женщинам. Консервативная миомэктомия была произведена у 9 (2,6%), операция по поводу внематочной беременности – у 5 (1,4%), удаление кист яичников произведено у 19 (5,4%) пациенток.

При гинекологическом осмотре у 58 (16,6%) пациенток выявлена деформация шейки матки послеродовыми разрывами с зиянием наружного зева или стенозированием цервикального канала после диатермокоагуляций. Увеличение размеров матки до 7–8 недельной беременной матки при наличии множественной миомы матки наблюдалось у 92 (26,3%) больных.

Результаты. Клинические аспекты гистероскопической диагностики внутриматочной патологии у пожилых пациенток в амбулаторных условиях изучены на основании применения фиброгистероскопа ($\varnothing 3,1$ мм) у 250 (71,4%) больных и жесткого офисного гистероскопа ($\varnothing 5,5$ мм) – у 100 (28,6%). Исследования проводились в асептических условиях операционного кабинета поликлиники. Исходя из предварительно изученных нами особенностей газового и жидкостного расширения полости матки при применении офисных гистероскопов, для проведения гистероскопии в амбулаторных условиях мы выбрали жидкостное расширение, как позволяющее получить адекватное расширение полости матки и проводить интраоперационное трансвагинальное УЗИ. Показаниями для гистероскопии послужили: жалобы на патологические маточные кровотечения у 90 (25,7%) больных, патологические находки при скрининг-УЗИ органов малого таза у 65 (18,6%) пациенток, необходимость контроля за эффективностью: удаления субмукозных миоматозных узлов; полипов эндометрия; гормональной терапии и абляции эндометрия – 47 (13,4%) больных. При проведении фиброгистероскопии у всех 250 пациенток шейка матки на пулевые щипцы не фиксировалась и расширение цервикального канала не производилось, ввиду отсутствия необходимости. С целью профилактики болезненных ощущений применялся препарат «Инстилягель», введенный нами в цервикальный канал за 3 минуты до гистероскопии. Необходимости в дополнительном обезболивании ни в одном случае не возникло. Ощущения дискомфорта в нижних отдела живота отмечали 83 (23,7%) пациентки.

Амбулаторная гистероскопия жестким эндоскопом с наружным диаметром 5,5 мм у всех 100 больных проводилась после предварительной фиксации шейки матки пулевыми щипцами, зондирования полости матки и контрольного введения расширителя №5,5, что потребовало предварительной обработки шейки матки 1% раствором лидокаина и введения в цервикальный канал препарата «Инстилягель». Профилактика воспалительных осложнений интраоперационно велась при помощи соблюдения правил асептики и антисептики для проведения внутриматочных вмешательств и путём введения в цервикальный канал препарата «Инстилягель». В послеоперационном периоде, у 38 (10,9%) больных с хроническими воспалительными заболеваниями матки и придатков проводилась профилактика воспалительных осложнений назначением курса антибактериальной терапии в течение 5–7 дней. Осложнений воспалительного характера ни в одном из 350 случаев амбулаторной гистероскопии нами не отмечено.

Гистероскопия жестким эндоскопом у 42 (12%) пациенток производилась без расширения цервикального канала в силу анатомических особенностей строения шейки матки у рожавших женщин. Расширение цервикального канала до №5,5 расширителей Гегара потребовалось у 78 (22,3%) пациенток. Из них 20 (5,7%) больных отмечали болезненность манипуляции. Независимо от того, было расширение цервикального канала или нет, все 120 больных ощущали дискомфорта в нижних отделах живота уже при фиксации и смещениях шейки матки пулевыми щипцами для выпрямления угла между осью цервикального канала и осью полости матки. Во всех случаях амбулаторной гистероскопии в качестве агента расширяющего полость матки использовался физраствор. Фиброгистероскопия велась по принципу однопроточной гистероскопии. Гистероскоп вводился в цервикальный канал с вытекающей из дистального конца эндоскопа жидкостью. Отток жидкости из полости матки происходил между эндоскопом и стенкой цервикального канала. Гистероскопия жестким эндоскопом велась по принципу постоянно-проточной жидкостной гистероскопии 2-канальным эндоскопом, при этом жидкость оттекала из полости матки по каналу гистероскопа.

Циркуляция жидкости с эвакуацией слизи и крови из полости матки и её расширением достигалась при внешнем давлении 50–80 мм рт. ст., при этом расход жидкости составлял от 100 до 250 мл в минуту. При фиброгистероскопии увеличение расширения полости матки достигалось за счёт увеличения давления поступающей жидкости. Жесткий двухканальный гистероскоп позволял регулировать внутриматочное давление за счёт изменения оттока жидкости по каналу гистероскопа. В любом случае внешнее, создаваемое аппаратом давление жидкости, и фактическое внутриматочное не превышало допустимых 150 мм рт.ст.

Интраоперационное УЗИ показало, что при проходимых маточных трубах и внутриматочном давлении жидкости >40–50 мм рт.ст. жидкость может поступать в брюшную полость.

При этом за время гистероскопии (2–3 мин.) поступало до 50 мл физраствора. Поступление жидкости в полость матки и её расширение сопровождалось появлением у пациенток чувства дискомфорта в нижних отделах живота в виде ощущения «растяжения» – у 80 (22,9%), а заброс жидкости в брюшную полость в объеме 50 мл сопровождался появлением давления на прямую кишку – у 35 (10%) обследованных.

Общая продолжительность исследования не превышала 15 минут, а визуализация полости матки – 3 минут. Алгоритм исследования: аспирационная биопсия эндометрия – офисная гистероскопия (прицельная «щипковая» биопсия) – расширение цервикального канала до 8,5 № расширителей Гега – панорамная гистероскопия (прицельная «щипковая» биопсия) – кюретаж – контрольная гистероскопия.

Внутриматочные манипуляции. Наличие в офисном гистероскопе операционного канала позволяло при жидкостном расширении полости матки проводить эндохирургическими щипцами прицельную «щипковую» биопсию эндометрия. Прицельной «щипковой» биопсией сопровождалась жидкостная гистероскопия жестким эндоскопом у 100(28,6%) больных. Аспирационная биопсия эндометрия в условиях жидкостного расширения полости матки технически невозможна и велась перед жидкостной фиброгистероскопией внутриматочными канюлями без визуального контроля полости матки у 250 (71,4%) больных.

Аспирационная биопсия эндометрия, выбор в качестве инструмента исследования фиброгистероскопа у 250 (71,4%) пациенток предпринимались в случаях: цитологического определения состояния эндометрия перед гистерорезектоскопическим удалением полипов эндометрия на фоне атрофического эндометрия (по данным УЗИ М-эхо щелевидное).

Пациентки в постменопаузе – 75 (30%) больных; контроль состояния полости матки при эффективной абляции эндометрия (стойкая аменорея) – 53 (21,2%) больных, но при: а) сохраняющемся неоднородном, без четких границ М-эхо в 4 мм и более (внутриматочные синехии) – 33 (62,3%) больных; б) аденоматозной гиперплазии в анамнезе – 20 (37,7%); дооперационного обследования перед гистерорезектоскопическим лечением субмукозных миоматозных узлов – 39 (15,6%); цитологического контроля состояния эндометрия на фоне эффективной гормонотерапии гиперпластических процессов эндометрия (полипы и железистая гиперплазия), после их хирургического (кюретажа) удаления – 31 (12,4%) больных; цитологического эхо-позитивные очаги эндометрия после удаления полипов эндометрия в постменопаузе – 21 (8,4%) больных; определения состояния эндометрия перед разделением внутриматочных синехий – 20 (8%) больных; гистероскопической диагностики внутриматочных проявлений аденомиоза – 11 (4,4%) больных.

Показаниями для прицельной биопсии эндометрия и выбора жесткого эндоскопа в качестве инструмента исследования были: выявленные при трансабдоминальном и трансвагинальном сканировании патологические эхо-позитивные очаги на фоне щелевидного М-эхо и М-эхо <5 мм – 25 (25%) больных.

Гистероскопия у них установила: очаговую гиперплазию эндометрия в 10 (40%) случаях, полипы эндометрия в 7 (28%), синехии в 8 (32%) случаях; патологические находки УЗИ позволяющие заподозрить полипы, субмукозные миоматозные узлы и фрагменты ВМК – 24 (24%) больные; диагностика секреторной трансформации эндометрия во 2-й фазе цикла при выявлении причин бесплодия – 7 (7%) больных; диагностика хронического воспалительного процесса эндометрия в 1-й фазе цикла – 8 (8%) больных; контрольное определение состояния эндометрия на фоне проводимой в течение 3 месяцев супрессивной гормональ-

ной терапии аденоматозной гиперплазии – 11 (11%) больных; контроль эффективности абляции эндометрия при сохранения гипотензуального симптома – 25 (25%) больных.

Гистероскопия у данных пациенток установила: неполную облитерацию полости матки с сохранением участка эндометрия в области трубного угла – 15 (60%) больных, неполную облитерацию полости матки с сохранением участка эндометрия в области перешейка – 10 (40%) больных.

Попытки произвести мининвазивные внутриматочные хирургические вмешательства велись через рабочий канал жесткого офисного гистероскопа биопсийными щипцами (Ø1,6 мм), включали: удаления малых миоматозных узлов – у 12 (3,4%), удалось убрать в 4 (33,3%) случаях узлы 0-типа размерами до 3 мм, неудачные попытки были связаны с отсутствием «ножки» у миоматозных узлов; полипов эндометрия – у 7 (2%) больных, удалось убрать в 3 (42,9%) случаях полипы Ø до 2 мм, неудачные попытки были связаны с наличием плотного основания полипов и неадекватными возможностями эндощипцов; остатков внутриматочных контрацептивов – у 8 (2,3%) больных, удалось извлечь в 2 случаях (25%), неудачные попытки связаны с неадекватными возможностями эндощипцов; разделение внутриматочных синехий – у 8 (2,3%) больных, удалось в 5 (62,5%) случаях, неудачные попытки связаны с наличием грубых синехий в полости матки и возможностями эндощипцов, неудачные попытки проведения внутриматочных хирургических вмешательств связаны с низкими функциональными возможностями эндощипцов, используемых в условиях амбулаторной гистероскопии.

Внутриматочные эндохирургические вмешательства не исключали возможности перфорации стенки матки. В ходе манипуляций был 1(0,3%) случай частичной перфорации стенки матки в области дна матки, в результате насильственного продвижения полугибких биопсийных щипцов между срезом эндоскопа и перешейком матки.

Выводы. Амбулаторная гистероскопия является в большей степени диагностической процедурой, чем лечебной, а проводимые при этом внутриматочные хирургические вмешательства, с последующим морфологическим исследованием материала, повышают её возможности как диагностической методики.

Использование амбулаторной гистероскопии в диагностике причин метроррагии у больных пожилого возраста, находящихся в постменопаузе, с расширением М-эха по данным УЗИ >5 мм, имеет большое значение, т. к. попытки выполнить расширение цервикального канала могут вести к травматизации сосудов шейки матки и внутреннего зева. Наличие большого числа экстрагенитальной патологии в ряде случаев делает невозможным проведение внутривенного обезболивания, часто используемого для проведения традиционной гистероскопии.

Литература

1. Адамьян Л.В. и др. Опыт 1000 тотальных лапароскопических гистерэктомий. / Под ред. В.И. Кулакова. – М., 2002. – С.10.
2. Сидорова И.С. и др. е // Ультразвуковая диагностика. – 1999. – №3. – С.47–53.
3. Мелентьев А.С. и др. Гериатрические аспекты внутренних болезней. – М., 1995. – С.259.
4. Кулешов А.Н. и др. Эндоскопическая хирургия у гинекологических больных пожилого и старческого возраста.
5. Герасимович Г.И., Можейко Л.Ф. // Междун. конгресс. – 1997. – С. 110–111.
6. Бохман Я.В. Рук-во по онкогинекологии. – Л.: Медицина. – 464 с.
7. Казаков П.А. и др. // Мат-лы междун. конгр. «Эндоскопия в диагностике и лечении патологии матки». – С. 129–130.
8. Хошукоева А.З. Современные подходы к диагностике, хирургическому лечению и реабилитации больных с аномалиями развития матки и влагалища: Дис. ... д.м.н. – М., 1998.
9. De Chemey A. & Polan M. // Obstetrics and Gynaecology. – 1983. – 61:392–397.
10. Issakson K.B. Office Hysteroscopy. – 1996. – 151 p.
11. Karlsson B. et al. // Obstetrical and Gynecological Surgery. – 1996. – Vol.51. – P.100–101.