

УДК 618.14-072.1

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ МЕТОД ВЫЯВЛЕНИЯ ВНУТРИМАТОЧНОЙ ПАТОЛОГИИ

Ф.И. Иманказиева, Д.А. Умарбаева

Рассматривается гистероскопический метод диагностики внутриматочной патологии. Отмечено, что жидкостная гистероскопия является важным методом в диагностике внутриматочной патологии для правильного выбора лечения и тактики ведения больной.

Ключевые слова: матка; гистероскопия; патология; эндометриоз; бесплодие.

ENDOSCOPIC METHOD DETECTION OF INTRAUTERINE PATHOLOGY

F.I. Imankazieva, D.A. Umarbaeva

The article considers the method of hysteroscopic diagnosis of endometrial pathology. It is noticed that the liquid hysteroscopy is important method in diagnostics of endometrial pathology for the right choice of treatment and tactics of maintaining the patient.

Keywords: uterus; hysteroscopy; pathology; endometriosis; sterility.

Эндометриоз – гормонозависимое заболевание, которое сопровождается разрастанием ткани, сходной по строению и функции с эндометрием за пределами его обычной локализации. Заболевание является широко распространенным, в 30–40 % случаев поражает женщин детородного возраста [1]. Генитальный эндометриоз часто сопровождается тазовыми болями, дисменореей, диспареунией, бесплодием, встречается больше чем у половины женщин, имеющих данные симптомы [2].

В структуре гинекологической заболеваемости эндометриоз занимает 3-е место после воспалительных процессов и миомы матки. Эндометриоз приводит к функциональным и структурным изменениям в репродуктивной системе, нередко отрицательно влияет на психоэмоциональное состояние женщин, существенно снижает качество жизни. Эндометриозидные поражения развиваются на фоне нарушенных иммунных, молекулярно-генетических, гормональных нарушений. Процесс может находиться в теле матки (аденомиоз) – внутренний эндометриоз. Если процесс находится вне матки: в маточных трубах, на яичниках, в ретроцервикальной области, на брюшине малого таза с выраженным спаечным процессом, во влагалище и на шейке матки – это наружный эндометриоз.

Следует отметить, наружный эндометриоз встречается чаще у нерожавших женщин после 30–35 лет [1].

В настоящее время с помощью ультразвукового сканирования выявляются внутриматочные патологии [3]. При внутреннем эндометриозе имеется увеличение переднезаднего размера матки, округлость ее формы и появление в миометрии накануне менструации аномальных кистозных полостей средним диаметром 3–5 мм. Однако прогностическая ценность перечисленных выше признаков неоднозначна. Так, лишь у небольшого процента аденомиоза (5,8 %) удается идентифицировать аномальные кистозные полости в миометрии. По данным некоторых авторов [4], возможности даже сверхсовременных ультразвуковых аппаратов не позволяют с высокой степенью точности дифференцировать “истинные” эндометриозидные полости от “ложных” эхосигналов. Наиболее информативным эхографическим критерием внутреннего эндометриоза является округлость формы матки. При узловой форме эндометриоза в стенках матки определяется образование неправильной формы, без четких контуров и с большей эхоплотностью, чем у эндометрия. По данным УЗИ, полипы эндометрия визуализируются в виде округлых или удлинённых образований разной

плотности, с четким контуром и тонким эконегативным ободком на фоне расширенной полости матки [3]. При небольших размерах полипов эхографические признаки определяются в виде деформации и зазубренностей М – эхо с неровными контурами срединной структуры. Однако очень часто наблюдаются затруднения по диагностике, когда полип имеет листовидную форму и принимает форму полости матки. Информативность УЗИ снижается при ожирении, спаечном процессе в малом тазу.

Целью данного исследования было выявление наличия внутреннего эндометриоза и сочетанной внутриматочной патологии при проведении жидкостной гистероскопии.

Материал и методы исследования. Нами проведено комплексное обследование 92 женщин в возрасте от 20 до 52 лет. Наибольшую группу составили женщины в возрасте от 29 до 37 лет – 34,7 % (32), незначительно отличается от них группа женщин в возрасте от 38 до 46 лет – 31,5 % (29), женщины в возрасте от 20 до 36 лет составили 20,6 % (19) и наименьшая группа женщин была в возрасте 47 и более лет – 13 % (12). Было проведено клинико-инструментальное обследование пациентов. Клиническое обследование включало: тщательно собранный анамнез, объективное общеклиническое и специальное гинекологическое обследование. Также проводили микроскопическое и цитологическое исследование мазков, взятых из цервикального канала и поверхности шейки матки, расширенную кольпоскопию, ультразвуковое исследование. Всем пациенткам проведена жидкостная гистероскопия. Внутриматочную патологию выявляли с использованием гистерофиброскопа фирмы “Олимпус” (Япония). Показаниями к проведению жидкостной гистероскопии явились подозрения на:

- внутренний эндометриоз;
- субмукозный узел;
- патологию эндометрия;
- нарушение менструального цикла у женщин детородного возраста;
- внутриматочные синехии;
- наличие инородного тела;
- рак эндометрия;
- метроррагии в мено- и постменопаузе.

Всем пациенткам произведено раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и стенок полости матки с последующим гистологическим исследованием соскоба.

Результаты исследования. При изучении анамнеза у исследуемых женщин выявлен высокий уровень инфекционных заболеваний с периода дет-

ства – 52 % (48), экстрагенитальной патологии (заболевания органов желудочно-кишечного тракта, хронический пиелонефрит, цистит, анемия) – 41,3 % (38). Данные гинекологического анамнеза показали: раннее менархе с 9 лет – у 3 (3,2 %), позднее – после 16 лет – у 7 (7,6 %). Имели в анамнезе 2 и более искусственных аборта 27 (29,3 %) женщин, у 11 (11,9 %) пациенток были самопроизвольные аборты. Роды в анамнезе имели 68 (73,9 %) пациенток, нерожавших было 9 (9,8 %) женщин. У 7 (7,6 %) пациенток выявлено первичное бесплодие, у 12 (13,0 %) – вторичное бесплодие. Таким образом, более 20 % женщин страдали бесплодием. Почти все пациентки (88 %) на момент осмотра имели те или иные гинекологические заболевания – кольпиты, эндоцервициты, псевдоэрозии, хронические воспалительные заболевания придатков.

Гистероскопически аденомиоз визуализируется в виде темно-красных точечных отверстий на фоне бледно-розового оттенка слизистой полости матки, из которых в ряде случаев изливается кровь в полость матки. При узловых формах аденомиоза отмечаются изменения стенок полости матки в виде деформации, локального выбухания пораженной стенки или же на стенке полости матки визуализируются эндометриоидные “глазки” в виде неправильной формы образования синюшно-багрового цвета. При гистероскопии в 56 (60 %) случаях обнаружена сочетанная патология: в 12 (21,4 %) случаях выявлена гиперплазия эндометрия в сочетании с полипом. Эндометриальные полипы чаще были единичными, располагались на дне и углах слизистой матки, по боковым стенкам верхней и средней трети матки, их размер в среднем 2–4 см. В то же время не все полипы имеют ножку. Так, в наших наблюдениях у 5 (8,9 %) пациенток обнаруживали полипы на широком основании. Таким образом, гистероскопия позволила определить четкое расположение полипов на дне и в углах слизистой матки, что согласуется с данными литературы [5]. В 3 (5,3 %) случаях гиперпластический процесс сочетался с субмукозной миомой матки (2 случая не были диагностированы при ультразвуковом исследовании). Наличие полипа в полости матки вместе с субмукозной миомой обнаружены в 13 (23,2 %) случаях, аденомиоз с субмукозными узлами – в 8 (14,2 %) случаях, аденомиоз в сочетании с полипом – в 11 (19,6 %) случаях. Атипичная гиперплазия в сочетании с полипом эндометрия выявлена в 2 (3,6 %) случаях. Фактически отдельно аденомиоз был обнаружен в 11 (11,9 %) случаях, полипы эндометрия – в 25 (27,1 %) случаях.

Таким образом, методом выбора в диагностике внутриматочной патологии является жидкостная

гистероскопия, что важно для правильного выбора лечения и тактики ведения больной.

Выводы

1. Выявлен высокий уровень инфекционных заболеваний (52 %) и экстрагенитальной патологии (41,3 %).
2. Более 20 % пациенток страдают бесплодием.

Методом гистероскопии выявлена сочетанная внутриматочная патология (60 %), что является методом выбора. Литература

1. *Стрижаков А.Н.* Эндометриоз. Клинические и теоретические аспекты / А.Н. Стрижаков, А.И. Давыдов. М.: Медицина, 1996. 336 с.

2. *Практическая гинекология: клинические лекции* / под ред. акад. РАМН В.И. Кулакова и проф. В.М. Прилепской. М.: Медпресс-информ, 2002. 720 с.
3. *Гажонова В.Е.* Ультразвуковая диагностика в гинекологии. 3D / В.Е. Гажонова М., 2005. 264 с.
4. *Давыдов А.И.* Генитальный эндометриоз: клинические лекции по акушерству и гинекологии / А.И. Давыдов, В.М. Пашков; под ред. А.Н. Стрижакова и др. М., 1996. С. 241–261.
5. *Савельева Г.М.* Гистероскопия. Атлас и руководство / Г.М. Савельева, В.Г. Бреусенко, Л.М. Капшусева. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. 248 с.