

**Министерство здравоохранения Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Западный государственный
медицинский университет имени И. И. Мечникова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра акушерства и гинекологии им. С. Н. Давыдова

**Е. И. Кахиани, О. С. Арнт, В. М. Орлов, Б. Л. Цивьян,
Т. А. Дудниченко, М. И. Кахиани, А. С. Молотков**

ГИСТЕРОСКОПИЯ В ГИНЕКОЛОГИИ

Часть II

Учебное пособие

**Санкт-Петербург
Издательство СЗГМУ им. И. И. Мечникова
2017**

УДК 618.3+616-053.31
ББК Р715-433.58 + Р715-5,8
Г51

Гистероскопия в гинекологии. Часть II: учебное пособие / Е.И. Кахиани, О.С. Ариг, В.М. Орлов, Б.Л. Цивьян, Т.А. Дудниченко, М.И. Кахиани, А.С. Молотков. — СПб.: Изд-во СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2017. — 48 с.

Рецензент:

профессор кафедры акушерства и гинекологии ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России д-р мед. наук *Савицкий А.Г.*

Целью разработки учебного пособия является оказание методической помощи врачам акушерам-гинекологам в освоении метода внутриматочных оперативных вмешательств посредством гистероскопии. Поэтапно описаны техники выполнения диагностической гистероскопии и внутриматочных хирургических вмешательств. Даны современные хирургические классификации аденомиоза, внутриматочных синехий, миомы матки.

Детальное описание практической работы по указанной проблематике способствует формированию у обучающихся компетенций, установленных федеральными государственными образовательными стандартами, обретению ими практических навыков для решения профессиональных задач в соответствии с квалификационными характеристиками должностей работников в сфере здравоохранения. В конце пособия приведены задания тестового контроля.

Учебное пособие предназначено для практикующих врачей для ознакомления с хирургическими аспектами лечения заболеваний женской репродуктивной системы, а также для врачей акушеров-гинекологов.

Обсуждено на заседании кафедры акушерства и гинекологии им. С. Н. Давыдова, протокол № 10 от 1 сентября 2017 г.

Утверждено в качестве учебного пособия
Методическим советом ФГБОУ ВО
СЗГМУ им. И. И. Мечникова
Минздрава России,
протокол № 3 от 5 октября 2017 г.

© Коллектив авторов, 2017
© Издательство СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2017

Редактор *Т.В. Руксина*
Технический редактор *Е.Ю. Паллей*

Подписано в печать 17.10.2017 г.

Формат бумаги 60×84/16. Уч.-изд. л. 2,0. Усл. печ. л. 2, 79.

Тираж 100 экз. Заказ № 426.

Санкт-Петербург, Издательство СЗГМУ им. И. И. Мечникова
191015, Санкт-Петербург, Кирочная ул., д. 41.

Отпечатано в типографии СЗГМУ им. И. И. Мечникова
191015, Санкт-Петербург, Кирочная ул., д. 41.

СОДЕРЖАНИЕ

| | |
|--|----|
| ВВЕДЕНИЕ..... | 4 |
| МЕТОДЫ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ | 5 |
| ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ | |
| ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА | 7 |
| ГИСТЕРОСКОПИЧЕСКАЯ КАРТИНА | |
| ПРИ ПАТОЛОГИИ ЦЕРВИКАЛЬНОГО КАНАЛА..... | 7 |
| ГИСТЕРОСКОПИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПРИ ПАТОЛОГИИ | |
| ЭНДОМЕТРИЯ | 9 |
| ГИПЕРПЛАЗИЯ ЭНДОМЕТРИЯ..... | 9 |
| ПОЛИП ЭНДОМЕТРИЯ | 13 |
| РАК ЭНДОМЕТРИЯ..... | 15 |
| МИОМА МАТКИ | 16 |
| АДЕНОМИОЗ..... | 22 |
| ПОРОКИ РАЗВИТИЯ ПОЛОВОГО АППАРАТА | 24 |
| СИНЕХИИ ПОЛОСТИ МАТКИ..... | 25 |
| ХРОНИЧЕСКИЙ ЭНДОМЕТРИТ | 31 |
| ОСТАТКИ ПЛОДНОГО ЯЙЦА ИЛИ ПЛАЦЕНТЫ | 34 |
| ИНОРОДНОЕ ТЕЛО ПОЛОСТИ МАТКИ..... | 34 |
| АМБУЛАТОРНАЯ ГИСТЕРОСКОПИЯ..... | 36 |
| ОПЕРАТИВНАЯ ГИСТЕРОСКОПИЯ | 37 |
| УСЛОВИЯ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ОПЕРАЦИИ | 42 |
| ЗАКЛЮЧЕНИЕ | 43 |
| ЛИТЕРАТУРА..... | 44 |
| ТЕСТОВЫЙ КОНТРОЛЬ | 45 |
| ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ | 48 |

ВВЕДЕНИЕ

В первой части пособия рассмотрены история развития гистероскопии, устройство гистероскопического оборудования, методика гистероскопии, показания и противопоказания к ней, а также необходимая подготовка к операции, осложнения, методы профилактики и борьбы с ними. Гистероскопическая картина в норме также описана в первой части.

Во второй части пособия рассмотрены различные варианты внутриматочной патологии. Внутриматочная патология — понятие собирательное и включает в себя заболевания, отличающиеся по этиологии и патогенезу: миома матки с субмукозным и центрипетальным ростом, аденомиоз, хронический эндометрит, гиперпластические процессы эндометрия и др.

Эти заболевания могут возникать в различные возрастные периоды жизни женщин, характеризуются разнообразием данных анамнеза, жалоб и клинических проявлений. Объединяет все эти гинекологические заболевания то, что одним из ведущих современных методов диагностики и терапии патологического процесса является гистероскопия.

МЕТОДЫ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ

Гистероскопия — относительно безболезненный метод исследования, оценивается от 2,5 до 3,5 баллов по 10-балльной визуально-аналоговой шкале (ВАШ), если операция проводится без расширения цервикального канала и, в таком случае, хорошо переносится пациенткой. И поэтому проведение гистероскопии без расширения цервикального канала может осуществляться без анестезии. Выбор обезболивания зависит от необходимости расширения цервикального канала и проведения манипуляций или операций.

Гистероскопия с расширением цервикального канала, хирургическая гистероскопия должны проводиться под анестезией. Методом выбора является общий кратковременный внутривенный наркоз. Допустимо использование масочного наркоза закистью азота.

В ряде случаев, когда ожидается небольшое по объему хирургическое вмешательство, гистероскопия может проводиться под парацервикальной анестезией. Этот вид обезболивания является ведущим для амбулаторной гистероскопии. Диагностическая гистероскопия должна проводиться без расширения цервикального канала гистерофиброскопом или жестким диагностическим гистероскопом. В дальнейшем по показаниям проводится расширение цервикального канала и введение операционного гистероскопа.

Какой бы вид анестезии ни использовали, хирург и анестезиолог должны помнить о потенциальной возможности анестезиологических осложнений. Для своевременного их выявления и лечения необходимо иметь полностью оборудованную операционную.

С целью обезболивания гистероскопических операций более предпочтительно использовать внутривенную анестезию,

если не намечена длительная операция (более 30 минут). Для более длительных операций можно применять эндотрахеальный наркоз или эпидуральную анестезию, однако если планируется гистероскопия в сочетании с лапароскопией, показан общий эндотрахеальный наркоз. Особой проблемой анестезиологи считают операции абляции-резекции эндометрия и миомэктомии ввиду возможных анестезиологических трудностей и из-за сложностей в оценке потери крови и баланса жидкости. После таких операций неизбежна абсорбция жидкости, вводимой в полость матки, в сосудистое русло. Операционной бригаде (анестезиологу, хирургу, операционной сестре) необходимо следить за балансом вводимой и выводимой жидкости и дефицитом жидкости.

При дефиците жидкости 1000 мл необходимо окончить операцию. При дефиците неэлектролитной жидкости 1000–1500 мл есть риск развития ТУР-синдрома, что опасно не только для здоровья, но и для жизни пациентки.

При общей анестезии заметить признаки чрезмерной абсорбции жидкости в сосудистое русло и реакцию пациентки трудно, если не развился отек легких. После пробуждения можно наблюдать признаки церебральной раздражительности (беспокойство, спутанность сознания, головная боль, нечеткость зрения, двоение в глазах, судороги).

В связи с этим, для того чтобы вовремя заметить эти признаки и как можно раньше принять необходимые меры, многие анестезиологи предлагают проводить гистероскопические операции под эпидуральной или спинальной анестезией. Однако есть пациентки, которые отказываются от данного вида анестезии или у которых есть противопоказания к такому обезболиванию. В этом случае показан эндотрахеальный наркоз. В ходе операции и анестезии этим пациенткам необходимо определять концентрацию электролитов в крови и определять ЦВД. При выявлении признаков синдрома абсорбции жидкости вводят диуретики и проводят инфузионную терапию под контролем показателей электролитов в крови (наиболее важный показатель — концентрация натрия крови).

ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА

Особенности послеоперационного ведения больных после гистероскопии зависят от многих факторов: характера патологии в матке, исходного состояния пациентки и половых органов, объема эндоскопической манипуляции и операции.

После гистероскопии, в том числе в сочетании с отдельным диагностическим выскабливанием слизистой полости матки, удаления полипов эндометрия, разрушения нежных внутриматочных синехий, рассечения небольших перегородок, удаления субмукозных миоматозных узлов на узком основании в специальных рекомендациях необходимости нет. Пациентка может быть выписана из стационара в день операции или на следующий день. Сукровичные или неинтенсивные кровяные выделения из половых путей наблюдают практически всегда после хирургической гистероскопии в течение 7–10 дней (иногда до 2–4 недель). Иногда выходят кусочки резецированных тканей, которые остались в полости матки. В таких случаях нет необходимости предпринимать какие-либо специальные меры. Пациентка должна быть предупреждена о возможном появлении подобных выделений.

Особенности ведения после рассечения внутриматочных синехий и перегородки полости матки будут рассмотрены в соответствующих разделах.

ГИСТЕРОСКОПИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПРИ ПАТОЛОГИИ ЦЕРВИКАЛЬНОГО КАНАЛА

Выделяют следующие виды патологии цервикального канала:

- 1) гиперплазия;
- 2) полипы;
- 3) наботовы кисты;
- 4) синехии;
- 5) злокачественные новообразования.

Гиперплазия цервикального канала характеризуется разрастанием цервикального эпителия, что гистероскопически визу-

ализируется в виде очагового или диффузного утолщения слизистой.

Полип цервикального канала — это опухолевидное образование, растущее из стенки цервикального канала в его просвет, имеющее ножку или широкое основание. Полипы, как правило, располагаются в области наружного зева и хорошо видны невооруженным глазом, однако нередко основание полипа находится в средней или верхней трети цервикального канала. Полипы могут быть единичными и множественными.

При осмотре шейки матки на зеркалах обнаруживаются образования, имеющие четкие контуры, чаще грушевидной формы, с гладкой поверхностью, ярко-розового цвета, которое прикрепляется к слизистой цервикального канала и может выступать за пределы наружного зева шейки матки.

В зависимости от результатов гистологического исследования различают следующие виды полипов шейки матки:

- 1) железистые полипы — полипы, образованные из ткани эндоцервикса, которая содержит железы;
- 2) железисто-фиброзные полипы состоят из желез эндоцервикса и поддерживающей их соединительной ткани (стромы);
- 3) фиброзные полипы преимущественно состоят из плотной фиброзной ткани, могут содержать единичные железы.

Наботовы кисты цервикального канала визуализируются в виде образования с белесоватой стенкой и слизистым содержимым голубовато-сероватого цвета. Могут быть пристеночными или отдельными отшнуровавшимися образованиями на узком основании.

Синехии цервикального канала, как и внутриматочные синехии, визуализируются в виде белесоватых бессосудистых тяжей различной длины, плотности и протяженности, расположенных между его стенками. При крайней степени распространенности синехии приводят к полной окклюзии цервикального канала.

При гистероскопии можно обнаружить аденокарциному шейки матки даже на ранних стадиях его формирования. В месте разрастания опухоли часто визуализируется характерная разво-

локненность мышечной ткани. Сама опухоль выглядит как сочковое, легко травмируемое разрастание сероватого или грязно-серого цвета с участками кровоизлияний и некроза.

ГИСТЕРОСКОПИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПРИ ПАТОЛОГИИ ЭНДОМЕТРИЯ

Гиперпластические процессы эндометрия — патологическое отклонение анатомического строения эндометриальной ткани, которое характеризуется разрастанием в ней железистых и/или стромальных клеток, способствующих увеличению объема и утолщению самой ткани.

ГИПЕРПАЗИЯ ЭНДОМЕТРИЯ

Гиперплазия эндометрия — патологическая очаговая или диффузная пролиферация железистого и стромального компонента слизистой оболочки полости матки с преимущественным поражением железистых структур.

Локальная, или очаговая, гиперплазия характеризуется разрастанием железистого эпителия совместно с подлежащими тканями, что ведет к образованию эндометриальных полипов.

При железистой гиперплазии эндометрия исчезает разделение между его функциональным и базальным слоем при наличии четкой границы между эндометрием и миометрием. Клетки желез при этом имеют разную форму и расположение, а их общее количество существенно увеличивается.

Железисто-кистозная форма характеризуется преобразованием части желез в кистозную форму. При аденоматозе происходит структурная перестройка и достаточно интенсивная пролиферация, что также сопровождается уменьшением стромальных элементов и полиморфизмом ядер. Риск малигнизации наиболее высок при наличии клеточной атипии (аденоматоза) и составляет около 10%.

В России наиболее распространена гистологическая классификация, разработанная экспертами ВОЗ в 1975 году, модифи-

цированная Б.И. Железновым в 1980 году. В соответствии с этой классификацией выделяют:

- железистые, железисто-фиброзные и фиброзные эндометриальные полипы;
- железистую, железисто-кистозную очаговую и диффузную гиперплазию эндометрия;
- атипическую гиперплазию эндометрия или аденоматоз (очаговый или диффузный), включая аденоматозные полипы.

К предраку эндометрия отечественные онкогинекологи относят атипическую гиперплазию эндометрия, которую подразделяют на легкую, среднюю и тяжелую степени.

В 1994 году ВОЗ приняла новую классификацию гиперплазии эндометрия, основанную на рекомендациях ведущих гинекологов, онкологов и патоморфологов. Согласно этой классификации, гиперплазию эндометрия разделяют на гиперплазию без атипии и гиперплазию с атипией.

Классификация ВОЗ (1994)

I. ГПЭ-пролиферация эндометриальных желез без цитологической атипии.

1. Простая ГПЭ (ЖКГЭ), избыточный рост преимущественно эпителиального компонента.

2. Сложная (аденоматоз), отличается от простой структурной перестройкой желез и пролиферацией желез эпителия (аГПЭ I степени).

II. Атипическая ГПЭ-пролиферация эндометриальных желез с признаками цитологической атипии.

1. Простая аГПЭ — выраженная пролиферация железистого эпителия без признаков клеточного и ядерного полиморфизма (аГПЭ II степени).

2. Сложная аГПЭ — имеет признаки клеточного и ядерного полиморфизма наряду с дезорганизацией эпителия эндометриальных желез (аГПЭ III степени).

Полипы эндометрия в эту классификацию не входят.

Гистероскопия позволяет визуализировать патологические участки, контролировать качество выскабливания с прицельным

удалением возможных остатков пролиферативной ткани при минимальной травматизации здоровой ткани.

Гистероскопическая классификация выделяет следующие формы гиперплазии эндометрия (ГПЭ):

- обычная или простая ГПЭ;
- кистозная;
- полиповидная ГПЭ.

Среди инструментальных исследований гистероскопию считают наиболее информативным методом диагностики состояния полости матки и эндометрия. Визуальный осмотр полости матки позволяет с большой точностью обнаружить внутриматочную патологию, провести топическую диагностику и, при необходимости, прицельную биопсию или хирургическое вмешательство в пределах полости матки.

Гистероскопия необходима как перед выскабливанием слизистой оболочки матки для верификации характера патологии и ее локализации, так и после него с целью контроля тщательности проведенной операции.

Окончательным методом диагностики патологии эндометрия служит гистологическое исследование удаленной ткани при диагностическом выскабливании. Даже опытным гинекологам при отдельном диагностическом выскабливании слизистой оболочки матки без гистероскопии в 43–96% наблюдений не удается удалить полностью или диагностировать патологический субстрат в матке.

Информативность гистероскопии в диагностике гиперплазии эндометрия, по данным разных исследователей, составляет 63–97%. Ложноположительные результаты чаще встречаются в репродуктивном возрасте, чем в постменопаузе, и составляют 42% и 28% соответственно.

Гистероскопическая картина гиперплазии эндометрия бывает различной и зависит от характера гиперплазии (обычная или полиповидная), распространенности (очаговая или диффузная), наличия кровотечения и его длительности.

Гистероскопическая картина при гиперплазии эндометрия характеризуется очаговым или диффузным утолщением эндоме-

трия в виде складок различной высоты, бледно-розового цвета. Могут определяться бахромчатые обрывки эндометрия, просматривается большое количество протоков желез, железистые полиповидные тусклые разрастания желтоватого или сероватого цвета (наиболее типичны для атипической гиперплазии).

При обычной гиперплазии и отсутствии кровяных выделений эндометрий неравномерно утолщен в виде складок различной высоты, бледно-розового цвета, отечный, просматривается большое количество протоков желез (прозрачные точки). Основание складок широкое, вершина тонкая с неровными краями, цвет складок от бледно-розового до ярко-красного. Характерен признак «подводных растений» — волнообразные движения слизистой оболочки при изменении давления в полости матки во время ее растяжения жидкими средами. Высота слизистой оболочки 10–15 мм. Сосудистый рисунок резко выражен. Выводные протоки трубчатых желез четко визуализируются, расположены равномерно. Устья маточных труб свободны. Если гистероскопию проводят при наличии длительных кровяных выделений, чаще в дне матки и в области устьев маточных труб определяют бахромчатые обрывки эндометрия бледно-розового цвета, на остальном протяжении эндометрий тонкий, бледный. Эндометрий на описанной гистероскопической картине трудно дифференцировать от эндометрия в фазе ранней пролиферации. Окончательный диагноз ставят при гистологическом исследовании эндометрия.

При кистозной форме поверхность слизистой оболочки неровная, складчатая, бледно-розовая, реже ярко-красная. Высота эндометрия достигает 10–15 мм, визуализируются равномерно расположенные протоки желез. Сосудистый рисунок резко выражен, сосуды неравномерной толщины. Кистозная форма ГЭ характеризуется наличием множественных кистозных полостей, расположенных в проекции поверхностных кровеносных сосудов слизистой оболочки, имеющих различную толщину (феномен «ловушки»). Диаметр кистозных структур 2–3 мм. Устья маточных труб, как правило, визуализируются.

При полиповидной форме гиперплазии эндометрия поверхность эндометрия выглядит неровной в виде ямок, кист, бороздок,

имеет полиповидную форму, бледно-розовый цвет. Полиповидная форма ГЭ характеризуется появлением множества полиповидных разрастаний (шарообразные структуры на широком основании) бледно-розового или сине-багрового цвета, свисающих в просвет полости матки, величина их колеблется от нескольких миллиметров до 1–1,5 см. Как правило, в дне матки выраженность описанных изменений более интенсивна. Устья маточных труб не идентифицируются. Выводные протоки желез не определяются. Сосудистый рисунок резко выражен. Полиповидную гиперплазию эндометрия, особенно при проведении гистероскопии накануне менструации, трудно дифференцировать от эндометрия в фазе поздней секреции. В подобных случаях для постановки диагноза необходимо сопоставить характер гистероскопической картины с клинической картиной заболевания, днем менструального цикла.

Атипичная гиперплазия эндометрия и очаговый аденоматоз не имеют характерных эндоскопических критериев, и их гистероскопическая картина напоминает обычную железисто-кистозную гиперплазию. При тяжелой форме атипичной гиперплазии могут определяться железистые полиповидные тусклые разрастания желтоватого или сероватого цвета. Окончательный диагноз также ставят только после гистологического исследования.

ПОЛИП ЭНДОМЕТРИЯ

Полип эндометрия — гиперпластический процесс эндометрия доброкачественного характера, сопровождающийся избыточной пролиферацией клеток эндометрия на фоне хронического воспалительного процесса или без него, в результате которой формируются единичный или множественные соединительнотканые выросты, покрытые железистым или метапластическим эпителием. Также эту патологию можно описать как локальную гиперплазию базального слоя эндометрия с различным содержанием эндометриальных желез, стромы и кровеносных сосудов, покрытых эндометрием.

Это опухолевидное образование слизистой оболочки тела матки, не имеющее признаков истинного пролиферативного процесса (исключение: аденоматозный полип).

Гистероскопическая картина при наличии полипа эндометрия зависит от преобладания железистого или фиброзного компонента, наличия атипии.

Фиброзные полипы эндометрия при гистероскопии определяются в виде бледных единичных образований, округлой или овальной формы, чаще небольших размеров (от $0,5 \times 1,0$ до $0,5 \times 1,5$ см), обычно на ножке, плотной структуры, с гладкой поверхностью, мало васкуляризированных, с гладкой поверхностью и широким основанием. Сосудистый рисунок не идентифицируется.

Иногда фиброзные полипы эндометрия достигают больших размеров, и при гистероскопии поверхность полипа, который плотно прилегает к стенке матки, ошибочно считают атрофичной слизистой оболочкой и полип не диагностируют. При обнаружении полипа необходимо обследовать его со всех сторон, оценить величину, локализацию, место прикрепления, величину ножки. Фиброзные полипы напоминают подслизистые миома-тозные узлы.

Железисто-кистозные полипы эндометрия, в отличие от фиброзных, чаще бывают большими (от $0,5 \times 1,0$ до $1,5 \times 6,0$ см), единичными, хотя может быть и несколько полипов. Форма полипов продолговатая, конусовидная, неправильная, поверхность гладкая, ровная, в некоторых случаях над ней выступают кистозные образования с тонкой стенкой и прозрачным содержимым. Цвет полипов бледно-розовый, серовато-розовый. Нередко верхушка полипа бывает темно-багровой или синюшно-багровой. На поверхности полипа видны сосуды в виде капиллярной сети.

Железистые и железисто-фиброзные полипы бледно-розовые или бледно-серые, располагаются в области дна и углов матки, резко выражен сосудистый рисунок (расширены периферические сосуды).

Аденоматозные полипы эндометрия чаще локализируются ближе к устьям маточных труб и, как правило, бывают небольших размеров (от $0,5 \times 1,0$ до $0,5 \times 1,5$ см), выглядят тусклыми, серыми, рыхлыми. Иногда поверхность имеет багрово-синюшный цвет

(локальное нарушение кровообращения) или выраженный сосудистый рисунок (многочисленные расширенные капилляры).

Аденоматозные изменения могут определяться и в ткани железисто-кистозных полипов, в этом случае характер полипа при эндоскопическом исследовании определить не удастся.

Полипы эндометрия изменяют форму при изменении скорости подачи жидкости или газа в полость матки. Полипы при этом сплющиваются, увеличиваются в диаметре, а при уменьшении давления они вытягиваются в длину и совершают колебательные движения.

Полипы полости матки должны быть удалены при оперативной гистероскопии!

РАК ЭНДОМЕТРИЯ

Гистероскопия позволяет не только судить о выраженности и распространенности неопластического процесса, но и производить прицельную биопсию патологически измененного эпителия, а также оценивать качество отдельного лечебно-диагностического выскабливания и целесообразность его выполнения.

В некоторых случаях гистероскопия позволяет выявить прорастание опухоли в эндометрий: изъеденность стенки матки в месте поражения (симптом кратера), мышечная ткань разволокнена, волокна располагаются в различных направлениях, что может привести к перфорации стенки матки. Во всех случаях при подозрении на рак эндометрия необходимо производить отдельное выскабливание цервикального канала и полости матки.

Эффективность выскабливания во многом зависит от того, насколько тщательно оно выполнено.

Гистероскопическая картина при раке эндометрия характеризуется папилломатозными разрастаниями сероватого или грязно-серого цвета различной формы с участками кровоизлияний и некроза. Сосудистый рисунок усиленный. При изменении скорости подачи жидкости в полость матки ткани легко распадаются, отторгаются, крошатся, кровоточат.

МИОМА МАТКИ

Лейомиома матки — это доброкачественная гормонально-зависимая опухоль миометрия, возникает у женщин репродуктивного возраста (пик заболеваемости приходится на 40–50 лет). Лейомиома матки составляет до 30% гинекологических заболеваний.

Существует много определений для этой доброкачественной опухоли матки: «миома», «фиброма» и др., однако в современной гинекологии выбран термин «лейомиома» как наиболее правомочный. Лейо- (Leio-) — приставка, обозначающая ровный, гладкий. Термин «лейомиома» среди большинства гинекологов общепризнан как наиболее точный, и именно он принят для использования в данной системе.

Распространенность этих поражений (до 70% у женщин кавказского и до 80% у женщин африканского происхождения), спектр их размеров и локализации (субэндометриальные, интрамуральные, субсерозные и их комбинации), и переменное количество поражений в каждой конкретной матке требуют, чтобы лейомиома была детально классифицирована.

Множество лейомиом являются бессимптомными, и часто их присутствие не является причиной аномальных маточных кровотечений (АМК), болевого, дизурического синдромов, бесплодия. Основная жалоба — маточные кровотечения, обычно обильные и болезненные, приводящие к анемии. Нередко субмукозная миома становится причиной невынашивания беременности, бесплодия, преждевременных родов.

Лейомиомы имеют широко варьирующие темпы роста, даже у одной женщины.

Миома матки — моноклональная доброкачественная опухоль, происходящая из гладкомышечных волокон матки.

По локализации и направлению роста:

- подбрюшинная (субсерозная) — рост миоматозного узла в сторону брюшной полости под серозную оболочку матки;

- подслизистая (субмукозная) — рост миоматозного узла в стороны полости органа под слизистую оболочку матки;
- внутривенечная (интерстициальная) — рост узла в толще мышечного слоя.

Субмукозные лейомиомы часто ассоциируются с кровотечениями и бесплодием. На сегодняшний день гистероскопическая миомэктомия является операцией выбора в лечении субмукозных лейомиоммиом. Гистероскопическая миомэктомия менее инвазивна, чем другие методы лечения, и восстановление происходит быстро.

Субмукозные миоматозные узлы чаще бывают одиночными, реже — множественными. Их выявляют в основном у пациенток репродуктивного возраста и в перименопаузе. Субмукозные миоматозные узлы редко диагностируют в период постменопаузы и у девочек до 18 лет.

Гистероскопия с большой точностью позволяет диагностировать субмукозные узлы даже при небольших размерах. Дефект наполнения в полости матки обычно выявляют при УЗИ или ГСГ, но гистероскопия необходима для определения природы этого дефекта. Субмукозные узлы чаще имеют сферическую форму, четкие контуры, белесоватый цвет, плотную консистенцию, деформируют полость матки. На поверхности узла могут быть видны мелкоточечные или обширные кровоизлияния, иногда просматривается сеть растянутых и расширенных кровеносных сосудов, покрытых истонченным эндометрием. При изменении скорости подачи жидкости в полость матки подслизистые миоматозные узлы не меняют ни форму, ни размер, что служит основным отличительным признаком от полипа эндометрия.

Интерстициально-подслизистые миоматозные узлы при гистероскопии визуализируются в виде выбухания одной из стенок матки. Степень выбухания зависит от величины и характера роста миоматозного узла. Эндометрий над поверхностью узла тонкий, бледный, контуры образования четкие. У каждой третьей больной подслизистые узлы сочетаются с гиперпластическим процессом эндометрия или аденомиозом.

Двойная патология всегда должна привлекать пристальное внимание ввиду сложностей в определении тактики лечения.

Подслизистые миоматозные узлы обычно легко идентифицировать, однако при наличии большого узла, выполняющего практически всю полость матки, так же, как и при большом полипе эндометрия, могут быть диагностические ошибки. Телескоп попадает между стенкой матки и узлом, и полость матки при этом выглядит щелевидной.

При обнаружении подслизистого узла определяют его величину, локализацию, ширину основания. Важно осмотреть его со всех сторон, чтобы определить соотношение величин интрамуральной и подслизистой составляющих. Все эти показатели важны для выбора метода удаления узла и оценки необходимости гормональной предоперационной подготовки.

Существует несколько классификаций субмукозных узлов.

В 1993 г., столкнувшись с техническими трудностями, связанными с глубокой пенетрацией некоторых субмукозных узлов, Wamsteker и соавт. предложили классификационную систему субмукозных миом для прогнозирования степени сложности хирургической процедуры, основанной на степени проникновения лейомиомы в миометрий.

Используя эту классификацию, гинекологи могут оценить вероятность полного или неполного удаления подслизистой лейомиомы при гистероскопической миомэктомии и подготовиться соответственно.

Классификация Wamsteker была принята Европейским обществом гинекологической эндоскопии (ESGE). Хотя классификация ESGE доказывает свою эффективность в отдельных случаях низкой сложности (тип 0) и высокой сложности (тип 2), она менее эффективна при миомах с пенетрацией менее 50% (тип 1).

Субмукозные лейомиомы согласно классификации Европейской Ассоциации гинекологов-эндоскопистов (классификация ESGE) делят на типы в зависимости от степени деформации полости матки:

- 0 тип — миоматозный узел полностью в полости матки.
- I тип — более 50% объема миоматозного узла располагается в полости матки.
- II тип — более 50% объема миоматозного узла располагается интерстициально.
- III тип — между тканями узла опухоли и эндометрием отсутствует слой миометрия (по данным магнитно-резонансной томографии).

Международной федерацией по гинекологии и акушерству (FIGO) при составлении классификационной системы было рассмотрено несколько вопросов, включая отношение лейомиомы к эндометрию и серозе, расположение лейомиомы в матке (верхний сегмент, нижний сегмент; шейка, передняя, задняя или боковые стенки); размер поражения; количество поражений. Было предложено в качестве критерия определения наличия лейомиом использовать ультразвуковое исследование, подтверждающее, что имеет место одно или более таких поражений.

Данная классификационная система позволяет клиницисту отделить миому, деформирующую полость матки (подслизистая (submucosal — SM), от других ее форм (others — O). Клиницист обязан отличать лейомиомы, вовлеченные в эндометриальную полость (субмукозные — SM), от других (O), потому что считается, что именно субмукозные поражения, наиболее вероятно, вносят свой вклад в генез АМК.

Система, включающая третичную классификацию лейомиом, с категоризацией группы субмукозных миом (SM) согласно системе Wamsteker и соавт. и с добавлением категоризации для интрамуральных, субсерозных и трансмуральных поражений.

Внутриполостные поражения, прикрепленные к эндометрию посредством узкой ножки, классифицируются как тип 0, тогда как типы 1 и 2 требуют частично интрамурального поражения — менее 50% для типа 1 и не менее 50% — для типа 2.

Классификационная система лейомиом

| | | |
|--|---|---|
| SM — субмукозные | 0 | внутриполостная лейомиома на ножке |
| | 1 | <50% интрамуральная |
| | 2 | >50% интрамуральная |
| O — другие | 3 | контактирующая с эндометрием, 100% интрамуральная |
| | 4 | интрамуральная |
| | 5 | субсерозная >50% интрамуральная |
| | 6 | субсерозная <50% интрамуральная |
| | 7 | субсерозная лейомиома на ножке |
| | 8 | другие (специфические, в т.ч. шеечные, «паразитические») |
| Гибридные лейомиомы (вовлекают как эндометрий, так и серозу) | Два номера (категории), указанные через дефис. Согласно конвенции, в первую очередь указывают отношение к эндометрию, во вторую — к серозе. Пример приведен ниже. | |
| | 2–5 | Субмукозная и субсерозная, выдающаяся менее чем на половину диаметра в сторону эндометриальной и брюшной полости соответственно |

Установлено, что разделение на три типа (0, 1 и 2) существенно не помогает в прогнозировании процента завершенных миомэктомий, но в то же время коррелирует с продолжительностью, т.е. сложностью хирургического вмешательства. В связи с этим в 2005 г. Lasmar и соавторы разработали новую классификацию для подслизистых миом, использующую пять параметров: размер, топографию, ширину основания по отношению к стенке матки и степень пенетрации в миометрий (STEPW). Они провели предварительное исследование 62 гистероскопических миомэктомий, которое показало, что классификация STEPW имеет большую корреляцию с исходом хирургического вмешательства, чем система ESGE.

Классификация STEPW имеет следующие пять параметров.

Размер: наибольший диаметр, найденный с помощью любого метода визуализации. Когда размер узла не более 2,0 см, ему дают оценку 0 баллов; если 2,1–5,0 см, он получает оценку 1 балл, и если размер более 5 см, узел получает оценку 2 балла.

Топография: определяется третью полости матки, в которой находится миома. Если это нижняя треть, узлу дают оценку 0 баллов; если средняя треть — оценка 1 балл; если верхняя треть — 2 балла.

Ширина основания: если миома занимает треть стенки матки или менее, ей дают оценку 0 баллов; если от одной трети до двух третей — 1 балл; если миома вовлекает более двух третей стенки матки, ей дают оценку 2 балла.

Пенетрация миоматозного узла в миометрий: если узел полностью находится в полости матки, ему дают оценку 0 баллов; если большая часть узла находится в полости, ему дают оценку 1 балл; если большая часть узла расположена в миометрии, такому узлу дают оценку 2 балла.

Стенка матки: если миома расположена по боковой стенке, к его оценке добавляют дополнительный балл независимо от трети полости, в которой расположена миома.

Максимальная общая оценка 9 баллов. Пациент может иметь более одного подслизистого узла.

Каждый подслизистый узел имеет свою собственную индивидуальную оценку. Чтобы решить, к какой группе (I, II или III) принадлежит пациент, принимается во внимание узел с максимальным количеством баллов, что и определяет лечебную тактику.

| Оценка | Группа | Сложность и терапевтические возможности |
|--------|--------|---|
| 0–4 | I | Низкая сложность гистероскопической миомэктомии |
| 5–6 | II | Высокая сложность гистероскопической миомэктомии Рассматривается использование GnFRH (Гт-РГ) Рассматривается двухэтапная гистероскопическая миомэктомия |
| 7–9 | III | Рассматриваются альтернативы гистероскопической технике |

Классификация STEPW позволяет более достоверно предсказать (в сравнении с классификацией ESGE), будет ли гисте-

роскопическое удаление подслизистой миомы частичным или полным.

При адекватной оценке гистероскопия является наиболее информативным инструментальным методом диагностики внутриматочной патологии, который позволяет визуально оценить локализацию, размеры, характер роста миоматозного узла (подслизистый, центрипетальный), исключить наличие другой внутриматочной патологии, уточнить состояние устьев маточных труб, произвести прицельное диагностическое выскабливание эндометрия под визуальным контролем.

Гистероскопия с большой точностью позволяет диагностировать субмукозные узлы даже при их небольших размерах. Методика является «золотым стандартом» диагностики субмукозных миоматозных узлов, при которой оценивают тип узла, расположение, размеры и возможность проведения трансцервикальной миомэктомии.

Субмукозные узлы чаще имеют сферическую форму, четкие контуры, белесоватый цвет, плотную консистенцию, деформируют полость матки. На поверхности узла могут быть видны мелкоточечные или обширные кровоизлияния, иногда просматривается сеть растянутых или расширенных кровеносных сосудов.

Интерстициально-субмукозные миоматозные узлы при гистероскопии определяются в виде выбухания одной из стенок матки. Степень выбухания зависит от величины узлов и характера их роста. При обнаружении подслизистого узла определяют его величину, локализацию, ширину основания и величину интрамурального компонента. Эти показатели важны для выбора метода удаления узла и оценки необходимости гормональной предоперационной подготовки.

АДЕНОМИОЗ

Эндометриоз — это доброкачественное гормонозависимое заболевание, которое развивается на фоне гормонального и иммунного дисбаланса при наличии генетической предрасположенности и характеризуется появлением ткани, идентичной по

структуре и функции эндометрию, за пределами нормальной локализации слизистой оболочки матки.

Внутренний эндометриоз — аденомиоз — наиболее сложный для диагностики вид патологии, с большим количеством ложноположительных и ложноотрицательных результатов.

Гистероскопические признаки аденомиоза различны и зависят от его формы и выраженности. Наилучшее время для выявления этой патологии — 5-6-й день менструального цикла.

Аденомиоз может иметь вид глазков темно-багрового или черного цвета, точечной или шелевидной формы (из глазков может выделяться кровь); возможно изменение стенки матки в виде хребтов или узловатых выбуханий. У 30% больных выявляют сочетание аденомиоза и гиперпластического процесса эндометрия. В этом случае выявить аденомиоз можно только при контрольной гистероскопии после удаления гиперплазированного эндометрия.

Разработана гистероскопическая классификация аденомиоза. По степени выраженности выделяют три стадии аденомиоза.

I стадия. Рельеф стенок не изменен, определяются эндометриоидные ходы в виде глазков темно-синюшного цвета или открытые, кровоточащие (кровь выделяется струйкой). Стенки матки при выскабливании обычной плотности.

II стадия. Рельеф стенок матки (чаще задней) неровный, имеет вид продольных или поперечных хребтов, либо разволокненных мышечных волокон, просматриваются эндометриоидные ходы. Стенки матки ригидные, полость матки плохо растяжима. При выскабливании стенки матки плотнее, чем обычно.

III стадия. По внутренней поверхности матки определяются выбухания различной величины без четких контуров. На поверхности этих выбуханий иногда видны эндометриоидные ходы, открытые или закрытые. При выскабливании ощущаются неровная поверхность стенки, ребристость, стенки матки плотные, слышен характерный скрип.

Важно знать характерные признаки пришеечного аденомиоза — неровный рельеф стенки матки на уровне внутреннего зева и эндометриоидные ходы, из которых струйкой вытекает кровь (симптом «вьюги»).

ПОРОКИ РАЗВИТИЯ ПОЛОВОГО АППАРАТА

Врожденные пороки развития половых органов — стойкие морфологические изменения органа, выходящие за пределы вариаций их строения. Врожденные пороки развития возникают внутриутробно в результате нарушения процессов развития зародыша.

Наибольшее клиническое значение имеет перегородка полости матки. При оперативной гистероскопии врач может рассечь (или иссечь) перегородку. Внутриматочная перегородка — остаток ткани с плохим кровоснабжением в полости матки, отходящая от дна матки. Частота встречаемости варьирует в зависимости от структуры изучаемой популяции: 13,2% в популяции бесплодных женщин, 1,7% в общей популяции.

Классификация:

- полная перегородка полости матки — распространяется от дна матки до внутреннего зева шейки матки;
- неполная перегородка полости матки различной длины — не доходит до внутреннего зева.

При гистероскопии необходимо определить толщину и протяженность перегородки. При нахождении гистероскопа на уровне внутреннего зева в цервикальном канале могут просматриваться два темных отверстия, разделенных белесоватой полоской. Если перегородка толстая, возникают трудности при дифференциации патологии с двурогой маткой. Если гистероскоп при полной перегородке сразу же попадает в одну из полостей, диагноз может быть ошибочным. Поэтому необходимо всегда помнить об ориентирах — устьях маточных труб. Если просматривается только одно устье трубы, необходимо исключить порок развития матки. Чаще всего перегородка бывает продольной и имеет длину 1–6 см, но встречаются и поперечные перегородки. Продольная перегородка может определяться в виде треугольника, основание которого утолщено и находится в дне матки. Редко встречаются перегородки в цервикальном канале.

В послеоперационном периоде у пациенток после рассечения внутриматочной перегородки с неоднократными самопроиз-

вольными выкидышами и после рассечения распространенных внутриматочных синехий проводят профилактический курс антибактериальной терапии. Остальным пациенткам антибиотики можно не назначать.

После рассечения перегородки также целесообразно ввести ВМК на один менструальный цикл.

СИНЕХИИ ПОЛОСТИ МАТКИ

Впервые внутриматочные спайки, или синехии, возникшие после выскабливания полости матки, были описаны Fritsch в 1854 г., но их клиническую значимость доказал Asherman в 1948 г. на примере пациентки с вторичной аменореей после травматичных родов. С этого времени общепринятым термином, обозначающим внутриматочные синехии, стал синдром «Ашермана».

Синехии, частично или полностью перекрывающие полость матки, становятся причиной нарушений менструального цикла вплоть до аменореи, бесплодия или невынашивания беременности в зависимости от распространенности процесса. По данным исследований Schenker (1982) доказано, что у женщин с внутриматочными синехиями чаще встречается предлежание и приращение плаценты.

Существует несколько классификаций внутриматочных синехий.

По гистологическому строению Sugimoto (1978) выделяет три типа внутриматочных синехий:

- легкие — синехии в виде пленки, обычно состоящие из базального эндометрия; легко рассекаются тубусом гистероскопа;
- средние — фиброзно-мышечные, покрыты эндометрием, кровоточат при рассечении;
- тяжелые — соединительнотканые, плотные синехии, обычно не кровоточат при рассечении, тяжело рассекаются.

По распространенности и степени вовлечения полости матки March и Izrael (1981) предложили следующую классификацию:

I степень. Вовлечено менее 1/4 полости матки, тонкие спайки, дно и устья труб свободны;

II степень. Вовлечено от 1/4 до 3/4 полости матки, слипания стенок нет, только спайки, дно и устья труб частично закрыты;

III степень. Вовлечено более 3/4 полости матки.

В США в 1988 г. принята классификация Американской ассоциации по бесплодию (ААБ). Эта классификация несколько громоздка, так как ведется подсчет баллов по трем разделам: степени вовлечения полости матки, типу синехий и нарушению менструальной функции (в зависимости от выраженности этих показателей). Затем подсчитывают баллы.

| | | | |
|----------------------------------|------------------|----------------------------|---------------------|
| Степень вовлечения полости матки | <1/3 — 1 балл | 1/3–2/3 — 2 балла | Более 2/3 — 4 балла |
| Тип синехий | Нежные — 1 балл | Нежные и плотные — 2 балла | Плотные — 4 балла |
| Нарушение менструального цикла | Норма — 0 баллов | Гипоменорея — 2 балла | Аменорея — 4 балла |

Подсчет баллов ведется отдельно по данным гистероскопии и гистеросальпингографии: стадия I — 4 балла; стадия II — 5–8 баллов; стадия III — 9–12 баллов.

С 1995 г. используется классификация, принятая Европейской ассоциацией гинекологов-эндоскопистов (ESH), предложенная Wamsteker и de Block (1993). Данная классификация различает 5 степеней внутриматочных синехий на основании данных гистерографии и гистероскопии в зависимости от состояния и протяженности синехий, окклюзии устьев маточных труб и степени повреждения эндометрия:

I. Тонкие, нежные синехии, легко разрушаются корпусом гистероскопа, области устьев маточных труб свободны.

II. Одиночная плотная синехия, соединяющая отдельные изолированные области полости матки, обычно просматриваются устья обеих маточных труб, не могут быть разрушены только корпусом гистероскопа.

III. Синехии только в области внутреннего зева, верхние отделы полости матки нормальные.

III. Множественные плотные синехии, соединяющие отдельные изолированные области полости матки, односторонняя облитерация области устьев маточных труб.

IV. Обширные плотные синехии с частичной окклюзией полости матки, устья обеих маточных труб частично закрыты.

V а. Обширное рубцевание и фиброзирование эндометрия в сочетании с I или II степенью, с аменореей или явной гипоменореей.

V б. Обширное рубцевание и фиброзирование эндометрия в сочетании с III или IV степенью с аменореей.

I и II степени по ЕАГ соответствует I стадия по ААБ, III степени по ЕАГ соответствует II стадия по ААБ, IV и V степени по ЕАГ — III стадия по ААБ.

При подозрении на внутриматочные синехии в первую очередь следует провести гистероскопию. При гистеросальпингографии бывает много ложноположительных результатов из-за обрывков эндометрия, слизи, искривления полости матки. После диагностической гистероскопии в случае необходимости можно провести гистеросальпингографию. УЗИ также не даст достаточной информации при внутриматочных синехиях. Более точные результаты можно получить при ЭхоГСС, но и оно не может заменить гистероскопию. Итак, основной метод диагностики внутриматочных синехий — гистероскопия.

При гистероскопии синехии определяются в виде белесоватых бессосудистых тяжей различной длины, плотности и протяженности, расположенных между стенками матки, нередко уменьшающих объем ее полости, а иногда и полностью ее облитерирующих.

Синехии могут располагаться также в цервикальном канале, что приводит к его заращению. Нежные синехии выглядят как тяжи бледно-розового цвета, иногда видны сосуды, проходящие в них.

Более плотные синехии определяются как белесоватые тяжи, располагающиеся обычно по боковым стенкам и редко — по центру полости матки.

При множественных поперечных синехиях происходит частичное заращение полости матки с образованием множества полостей различной величины в виде углублений и отверстий. Иногда их ошибочно принимают за устья маточных труб.

Проводя гистероскопию при подозрении на внутриматочные синехии, не следует зондировать полость матки. Лучше использовать гистероскоп с диагностическим корпусом. До расширения цервикального канала необходимо внимательно осмотреть вход в цервикальный канал, определить его направление. Расширять цервикальный канал нужно бережно, без усилий, во избежание создания ложного хода или перфорации матки. Это особенно важно при вторичной аменорее и подозрении на полное заращение полости матки.

Гистероскоп проводят через цервикальный канал под контролем зрения с постоянной подачей жидкости под давлением для расширения полости матки. Если в цервикальном канале определяются синехии, их постепенно разрушают при помощи гидравлической препаровки, ножниц или щипцов.

В дальнейшем при диагностической гистероскопии определяют вид и протяженность синехий, степень заращения полости матки, обследуют область устьев маточных труб. Если синехиями занята значительная часть полости матки, тщательно исследовать ее при гистероскопии невозможно. В таких случаях необходима гистеросальпингография.

Необходимо особенно обратить внимание на синехии III и более тяжелой степени по классификации ESH. При такой тяжести спаечного процесса целесообразно проводить рассечение спаек под лапароскопическим или, как минимум, под ультразвуковым контролем.

Результаты лечения индивидуальны и зависят от степени тяжести внутриматочных синехий, этиологии и длительности заболевания, используемых технологий для лечения.

Очень важно, чтобы во время адгезиолизиса была восстановлена полость матки в своих нормальных размерах и сохранены островки эндометрия, за счет которых происходит регенерация внутренней поверхности полости матки.

Использование хирургической микрогистероскопии с микроинструментами и биполярной энергией в соответствии с концепцией «See and treat» с использованием дополнительного УЗИ-контроля позволяет выполнять диагностику и бережное лечение внутриматочных синехий и синдрома Ашермана.

Эффективность хирургического лечения внутриматочных синехий составляет 85–90%, при этом репродуктивная функция восстанавливается всего у 23–35% женщин. Степень выраженности внутриматочных синехий до гистероскопического адгезиолизиса в последующем влияет на вероятность наступления беременности и составляет у пациенток с легкой, средней и тяжелой степенями 64,7%, 53,6% и 32,5% соответственно.

Центральной проблемой современной репродуктивной медицины является предотвращение возникновения внутриматочных синехий у пациенток с перенесенными репродуктивными потерями.

В послеоперационном периоде для профилактики рецидива образования спаек используются адьювантная терапия эстрогенами в комбинации с прогестинами (для улучшения процессов эпителизации раневой поверхности рекомендуют ЗГТ в течение 2–3 мес), внутриматочные средства, внутриматочные катетеры, противоспаечные барьеры.

Необходимо помнить о возможности возникновения внутриматочных синехий у пациенток с осложненным течением раннего послеродового и послеабортного периода. У больных с подозрением на остатки плодного яйца или плаценты в матке целесообразно выполнять не просто выскабливание слизистой оболочки матки, а осуществлять гистероскопию для уточнения расположения патологического очага и его прицельного удаления без травмирования неизменного эндометрия.

Краткосрочное размещение в полости матки инородных предметов (Cook-баллон, катетеры, внутриматочные спирали) препятствует формированию внутриматочных синехий. Катетер Фолея безопасен и признан эффективным для предотвращения образования синехий после оперативных вмешательств, однако диапазон его использования ограничен в связи с необходимостью госпитализации.

После рассечения внутриматочных синехий практически все эндоскописты предлагают вводить ВМК в полость матки на один-два месяца, поскольку риск возникновения повторных синехий составляет более 50%. Если ввести ВМК возможности нет, допустимо введение в матку катетера Фолея или специального силиконового баллона, которые оставляют в течение недели. В этом случае необходимо назначить антибиотики широкого спектра действия.

С целью профилактики развития синехий предложено использовать препарат «Суперлимф» в виде внутриматочных орошений после операции и ректальных суппозиторий в течение 10-дневного курса. «Суперлимф» — это лекарственная форма интерферона и комплекса природных цитокинов, включающих факторы роста, про- и противовоспалительные цитокины, он регулирует синтез коллагена и пролиферативную активность фибробластов, стимулирует регенерацию, предупреждает образование грубых рубцов.

Для предупреждения возникновения синехий в послеоперационном периоде предложено проведение динамической офисной гистероскопии с использованием инстилляции в полость матки лечебного раствора лидазы 64 ЕД и гидрокортизона 125 мг в 20 мл изотонического раствора.

Исследование Т.А. Назаренко и соавт. показало, что эффективно включение ферментного препарата Лонгидаза в комплекс послеоперационных лечебных мероприятий после разрушения внутриматочных синехий, препарат способствует восстановлению морфофункционального состояния эндометрия.

В настоящее время перспективным направлением репродуктивной медицины является коррекция внутриматочной патологии с использованием стволовых клеток, которые, как было показано, обладают способностью идентифицироваться в клетки эндометрия в естественных условиях.

В результате анализа сравнительной эффективности карбоксиметилцеллюлозы и гиалуроновой кислоты в профилактике возникновения внутриматочных синехий после гистероскопии

ческой коррекции была доказана более выраженная эффективность препарата карбоксиметилцеллюлозы.

В настоящее время актуальна тенденция к уменьшению инвазивности оперативной гистероскопии. Степень инвазии операции в основном определяется повреждением цервикального канала при введении гистероскопа в полость матки, а также воздействием различных видов энергий на эндометрий и миометрий. До недавнего времени практически любая внутриматочная патология могла быть устранена только путем использования метода оперативной гистероскопии с наружным диаметром гистероскопа более 7 мм или гистерорезектоскопии. Данные операции считаются малоинвазивными, но требуют общей анестезии, сопровождаются травматизацией шейки матки при расширении ее канала, риском осложнений.

Устранение внутриматочной патологии при гистерорезектоскопии основывается на использовании электрической энергии (часто монополярной), что обуславливает наличие термического повреждения эндометрия и миометрия.

Так, было показано, что удаление остатков трофобластической ткани под контролем гистероскопа при помощи гистерорезектоскопической петли без использования тока вызывает меньшую травматизацию и, в последующем, в меньшей степени способствует образованию внутриматочных синехий, чем проведение более распространенной в данном случае процедуры дилатации и эвакуации плодного яйца. Неудачное опорожнение матки вне гистероскопической визуализации и полноценной реабилитации травмированного эндометрия способствует развитию хронического эндометрита ятрогенного происхождения.

ХРОНИЧЕСКИЙ ЭНДОМЕТРИТ

Это заболевание, являющееся следствием персистирующего повреждения эндометрия (чаще всего инфекционным фактором), в результате чего возникают множественные вторичные морфофункциональные изменения, нарушающие циклическую

биотрансформацию и рецептивность слизистой оболочки тела матки.

Согласно критериям FIGO (2007) при неразвивающейся беременности в полости матки будет развиваться хронический воспалительный процесс в 100% случаев.

Клиническая картина хронического эндометрита неспецифична и зачастую мало выражена, в 35–40% симптомы заболевания отсутствуют.

Из наиболее вероятных проявлений выделяются симптомы нарушения менструальной функции, тянущие боли внизу живота, диспареуния, серозные и серозно-гноевидные выделения из половых путей, нарушение репродуктивной функции. Значение этого заболевания невозможно переоценить, так как оно занимает ведущее место среди маточных факторов бесплодия, а также первое место среди причин неудачных попыток ЭКО и переноса эмбрионов.

Актуальной проблемой в современных условиях является необходимость сохранения и восстановления репродуктивного здоровья пациенток после потери беременности, поскольку частота таких заболеваний предопределяет рост уровня хронического эндометрита и развитие внутриматочной патологии.

Хронический эндометрит при гистероскопии имеет специфические признаки, их определяют в раннюю фазу пролиферации, в этом случае точность диагностики достигает 15–35%.

Гистероскопическая картина: эндометрий неравномерной окраски и толщины, часто гиперемирован, легко ранимый, при малейшем прикосновении кровоточит. Могут определяться островки белесоватого или желтоватого цвета — участки гипертрофированной отечной слизистой оболочки матки. На фоне общей гиперемии видны протоки желез белесоватого цвета (симптом «земляничное поле»). Могут определяться полипы эндометрия, исходящие из неизмененного эндометрия, участки гиперплазии эндометрия, синехии.

Хронический эндометрит не может быть диагностирован только гистероскопически, необходимо гистологическое исследование.

Выделяют два морфологических варианта: атрофический и гиперпластический.

| Атрофический | Гипертрофический |
|--|--|
| Атрофия желез эндометрия | Гиперплазия базального слоя эндометрия |
| Фиброз стромы | Фиброз стромы |
| Инфильтрация лимфоидными элементами, плазматическими клетками | Инфильтрация лимфоидными элементами, плазматическими клетками |
| Снижение экспрессии рецепторов прогестерона и эстрогенов (ИГХ) | Определяются железисто-фиброзные, фиброзные полипы эндометрия |
| «Тонкий эндометрий» (УЗИ малого таза) | Синехии |

Нецелесообразно: раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки, что приводит к дополнительной травматизации и усугублению течения патологического процесса.

Необходимо ограничиться биопсией эндометрия с гистологическим исследованием. Дополнительно целесообразно проведение иммуногистохимического исследования, бактериологический посев (микробный агент удается выявить до 30% случаев).

Терапия хронического эндометрита проводится в несколько этапов, включающих борьбу с инфекционным агентом и реабилитацию эндометрия.

В результате многочисленных исследований выявлено, что включение физических методов в алгоритмы восстановления после гинекологических операций и лечения хронического эндометрита повышает частоту наступления и вынашивания беременности, оказывает позитивное влияние на состояние рецепторного аппарата эндометрия и маточную гемодинамику.

Индукцированное применением физических методов ремоделирование молекулярных характеристик эндометрия приводит к восстановлению его рецептивности: регрессу воспаления и фиброза, регуляции процессов ангиогенеза, регенерации и рецепции половых стероидов.

ОСТАТКИ ПЛОДНОГО ЯЙЦА ИЛИ ПЛАЦЕНТЫ

Остатки плодного яйца или плаценты определяются в виде бесформенной ткани темно-багрового или желтовато-белесоватого цвета с кровоизлияниями различной величины, чаще расположенной на дне матки. Часто при этом в полости матки выявляют сгустки крови и слизь, легко удаляющиеся промывной жидкостью. Точное знание локализации патологической ткани позволяет прицельно ее удалить без травмирования окружающего эндометрия.

Плацентарный полип определяется как багрового цвета образование, которое сильно отличается по цвету от окружающей слизистой оболочки.

Пациенткам на фоне воспалительного процесса в полости матки (пиометра, инфицированные остатки плодного яйца, послеродовой эндометрит и др.) целесообразно до и после гистероскопии провести антибактериальную и противовоспалительную терапию по обычной методике или коротким курсом: цефалоспорины внутривенно 1 г за 30 мин до операции, затем в той же дозе 2 раза через 12 ч после операции.

ИНОРОДНОЕ ТЕЛО ПОЛОСТИ МАТКИ

Инородные тела в полости матки бывают представлены, как правило, внутриматочными контрацептивами, хирургическими нерассасывающимися нитями, полимерными проводниками. ВМК и нити могут свободно лежать в полости матки или быть частично внедренными в миометрий. Проводники могут оставаться после пластики маточных труб.

Внутриматочный контрацептив. Показания к проведению гистероскопии включают безуспешную попытку удаления ВМК другими методами, фрагменты контрацептива, оставшиеся в полости матки после его неудачного удаления, и подозрение на перфорацию матки ВМК. Длительное пребывание контрацептива в полости матки иногда приводит к плотному его прикреплению и даже врастанию в толщу миометрия. Попытки его удаления в таких ситуациях безуспешны.

Гистероскопия позволяет определить локализацию ВМК или его фрагментов и прицельно их удалить. Эндоскопическая картина зависит от вида ВМК и времени проведения исследования. При длительном нахождении ВМК в полости матки он частично бывает прикрыт синехиями и тканью эндометрия. Если гистероскопию проводят при подозрении на остатки фрагментов ВМК, обследование необходимо проводить в раннюю фазу пролиферации, тщательно осматривая все стенки матки. Если диагностирована перфорация матки ВМК, дополнительно проводят лапароскопию.

Остатки костных фрагментов обычно бывают случайной находкой у женщин с нарушениями менструального цикла, длительно протекающим эндометритом или вторичным бесплодием. При тщательном сборе анамнеза в прошлом выявляют прерывания беременности на большом сроке (13–14 нед и более), обычно осложнявшиеся длительным кровотечением.

Гистероскопическая картина зависит от длительности нахождения костных фрагментов в полости матки. Если срок относительно небольшой, видны плотные пластинчатые белесоватые образования, внедрившиеся в стенку матки и имеющие острые края. При попытке их удаления стенка матки начинает кровоточить. Если костные фрагменты находились в полости матки долго (более 5 лет), они имеют характерное кристаллическое строение так называемую коралловидную форму. При попытке удаления их щипцами рассыпаются, как песок. Чаще всего костные фрагменты располагаются в области устьев маточных труб и дна матки.

Лигатуры, обычно шелковые или лавсановые, выявляют у больных с хроническим эндометритом и пиометрой, имеющих в анамнезе кесарево сечение или консервативную миомэктомию. Эти женщины жалуются на постоянные гнойные выделения из половых путей, не поддающиеся массивной антибактериальной терапии, и вторичное бесплодие. При гистероскопии на фоне общей гиперемии слизистой оболочки матки в ее нижней трети по передней стенке (после кесарева сечения) или в различных участках стенки матки (после перенесенной консервативной миомэктомии) определяются белесоватые лигатуры, частично вышедшие в полость матки.

АМБУЛАТОРНАЯ ГИСТЕРОСКОПИЯ

Успех амбулаторной гистероскопии зависит от наличия оборудования, правильного подбора пациентки, опыта врача. Оборудование в поликлинике специального кабинета для гистероскопии позволяет расширить возможности гистероскопии и выполнить ее при нарушениях менструального цикла с последующей биопсией эндометрия, полипэктомией, удалением ВМК, разрушением тонких синехий (I степень сложности гинекологических операций). Амбулаторная гистероскопия может быть выполнена при бесплодии и невынашивании беременности.

Гистероскопическая операция II степени сложности может быть выполнена в поликлинике при наличии хорошо оборудованной операционной.

Хирургическую гистероскопию для операций III степени сложности необходимо выполнять в стационаре под контролем лапароскопии.

Необходимо помнить, что амбулаторную гистероскопию лучше выполнять у женщин, неотягощенных соматическими заболеваниями. Подготовка, обследование, техника и обезболивание при амбулаторной гистероскопии те же, что и в стационаре, однако могут быть выполнены и под парацервикальной анестезией.

После операции пациентка отправляется домой. Рекомендуется воздержание от половой жизни, приема алкоголя и седативных препаратов в течение 48 ч и явка на осмотр через неделю. Могут быть назначены ненаркотические анальгетики, гемостатические препараты и, по показаниям, противовоспалительные лекарственные средства.

Учитывая то, что одним из осложнений гистероскопии может быть перфорация матки, кровотечение или ТУР-синдром выполнение гистероскопических операций в амбулаторных условиях должно проводиться в поликлинике, объединенной со стационаром, куда в случае необходимости пациентка должна быть немедленно доставлена для хирургического вмешательства.

ОПЕРАТИВНАЯ ГИСТЕРОСКОПИЯ

Гистерорезектоскоп — комплексный инструмент, состоящий из двух основных частей: оптической системы, позволяющей визуализировать объект исследования и следить за ходом операции, а также из рабочей части с набором разных электродов, с помощью которых проводят гистероскопические операции.

После определения путем визуального осмотра характера внутриматочной патологии диагностическая гистероскопия может перейти в оперативную. Все зависит от вида выявленной патологии и характера предполагаемой операции.

Уровень современного эндоскопического оборудования и возможности гистероскопии на сегодняшний день позволяют говорить об особом разделе оперативной гинекологии — внутриматочной хирургии. Некоторые виды гистероскопических операций заменяют лапаротомию, а иногда и гистерэктомию, что имеет большое значение для женщин репродуктивного возраста или пациенток пожилого возраста с тяжелой соматической патологией, для которых большой объем оперативных вмешательств представляет риск для жизни.

К гистерорезектоскопическим операциям относятся:

- 1) удаление полипов эндометрия;
- 2) рассечение плотных внутриматочных синехий;
- 3) рассечение внутриматочной перегородки;
- 4) миомэктомия;
- 5) абляция эндометрия.

Все гистероскопические операции лучше проводить в раннюю фазу пролиферации, если нет необходимости в предварительной подготовке гормональными препаратами. Если проводили гормональную терапию с целью подготовки к операции, то операцию следует проводить через 4–6 недель после последней инъекции при применении агонистов ГнРГ и сразу же после окончания лечения антигонадотропными препаратами.

Для расширения полости матки при работе с монополярным резектоскопом нужно использовать неэлектролитные жидкости, не проводящие электрический ток: 5% раствор глюкозы, 1,5% раствор глицина, реополиглюкин, полиглюкин.

При работе с биполярным резектоскопом для расширения полости матки используют простые растворы: 0,9% раствор натрия хлорида, раствор рингер-лактата по Гартману.

Удаление полипа эндометрия гистероскопически осуществляют различными путями. Основа полноценной полипэктомии — иссечение основания полипа до мышечной стенки. Одиночные полипы на ножке небольшого размера удаляют щипцами, ножницами или биполярными электродами, введенными через операционный канал гистероскопа. Под контролем зрения инструмент подводят к ножке полипа и срезают ее. Также для удаления полипов можно использовать петлю резектоскопа. Фиброзные полипы больших размеров удаляют с помощью гистерорезектоскопа с петлевыми электродами.

Резекция миомы матки. Гистерорезектоскопия в настоящее время является оптимальным методом удаления субмукозных миоматозных узлов, что особенно важно для женщин репродуктивного возраста.

Показания к гистероскопической миомэктомии:

- необходимость сохранения фертильности;
- нарушения репродуктивной функции, вызванные развитием субмукозного миоматозного узла;
- маточные кровотечения.

Существуют два метода гистероскопической миомэктомии. Механическая миомэктомия приемлема при субмукозных миоматозных узлах 0 типа размерами не более 5–6 см. Необходимо обеспечить достаточное расширение цервикального канала в зависимости от размеров миоматозного узла.

Используют две методики:

- под контролем гистероскопа рассекают капсулу узла или его ножку, затем узел извлекают из полости матки, в том числе методом кускования под постоянным визуальным контролем гистероскопа;
- узел прицельно фиксируют абортцангом и удаляют методом откручивания с контрольной гистероскопией.

Электрохирургический метод удаления субмукозного миоматозного узла: ткань узла при помощи петли резектоскопа постепенно срезают в виде стружки, двигая по направлению к хирургу. Резецированные кусочки миоматозного узла периодически удаля-

ют из полости матки. По мере удаления узла его интерстициальная часть самопроизвольно подается в полость матки. По окончании резекции необходимо снизить внутриматочное давление (резекция производится при 100–110 мм рт.ст.) и резецировать «подродившуюся» в полость матки часть узла, а также осуществить гемостаз.

В случае если миоматозный узел невозможно удалить полностью, пациентке рекомендуют повторную гистерорезектоскопию через 2–3 месяца после УЗ-контроля.

Перед вторым этапом рекомендовано проведение гормональной подготовки (агонисты ГнРГ, блокаторы прогестероновых рецепторов), вследствие чего интерстициальная часть узла мигрирует в полость матки и облегчается ее удаление.

Противопоказания к гистерорезектоскопии при подслизистой миоме матки:

- средний диаметр подслизистого опухолевого узла свыше 60 мм (по данным трансвагинальной эхографии);
- опухоль типа I (классификация ESGE), исходящая из дна матки или ее перешейка.

Внутриматочные синехии, или так называемый синдром Ашермана, заключающийся в частичном или полном заращении полости матки, является одной из причин нарушений менструальной и репродуктивной функций.

В настоящее время единственный метод лечения внутриматочных синехий — их рассечение под прямым визуальным контролем гистероскопа, без травмирования оставшегося эндометрия.

Цель лечения: восстановление нормального менструального цикла и фертильности. Характер операции, ее эффективность и отдаленные результаты зависят от вида внутриматочных синехий и степени окклюзии полости матки. Каждую спайку постепенно рассекают на незначительную глубину и тщательно осматривают освободившуюся полость, постепенно, шаг за шагом проводят всю операцию. Начинать рассекать синехии нужно с нижних отделов и продвигаться в сторону дна матки и устьев маточных труб. Операции по рассечению внутриматочных синехий относят к высшей категории сложности.

Внутриматочная перегородка — порок развития, при котором полость матки разделена на две части перегородкой различной длины.

В настоящее время методом выбора лечения внутриматочной перегородки — ее рассечение под визуальным контролем трансцервикальным путем. Рассечение перегородки при любой из этих методик целесообразно осуществлять в раннюю фазу пролиферации.

Перегородку рассекают поэтапно по средней линии. Перегородка является бессосудистой зоной, выделение крови происходит только при достижении дна матки, что служит сигналом для прекращения операции.

При широких перегородках лучше использовать гистерорезектоскоп с ножевым, граблевидным электродом или петлей. Такую операцию лучше проводить под контролем УЗИ и лапароскопическим контролем.

Абляция эндометрия. Все операции по деструкции эндометрия называют в литературе термином «абляция эндометрия», который объединяет различные хирургические методики воздействия на эндометрий. Непосредственную деструкцию всей толщи эндометрия осуществляют с помощью различных методов воздействия: моно- и биполярной электрохирургии, лазерной энергии, микроволновой и криохирургии и т.д.

Недостатком метода является невозможность осуществления биопсии эндометрия для гистологического исследования.

Резекция эндометрия — иссечение всей толщи эндометрия, может быть произведена только электрохирургически, когда режущей петлей поэтапно иссекают всю слизистую оболочку, что позволяет получить материал для проведения гистологического исследования.

Показания к абляции эндометрия:

- меноррагии при неэффективности гормонотерапии у пациенток старше 35 лет, не планирующих беременность;
- проведение в качестве сопутствующей операции при полипэктомии и миомэктомии в пери- и постменопаузе;
- невозможность проведения гормонотерапии при наличии гиперпластических процессов в эндометрии в пери- и постменопаузе;
- рецидивирующие гиперпластические процессы эндометрия в пери- и постменопаузе.

При подборе пациенток для резекции и абляции эндометрия также необходимо учитывать следующие факторы: нежелание

женщины в дальнейшем беременеть, отказ от гистерэктомии, желание сохранить матку, высокий риск лапаротомии.

Принцип абляции эндометрия заключается в постепенной обработке эндометрия, начиная с трубных углов (I зона), дна матки (II зона), передней, задней, боковых стенок (III зона) матки и заканчивая путь выше внутреннего зева цервикального канала, только один раз. При резекции эндометрия для зоны III — используется электрод-петля 90 градусов, для II зоны — электрод-петля с углом зрения 45 градусов, для I зоны — шаровой электрод.

В последнее время для абляции эндометрия чаще используется гистерорезектоскоп с петлевым электродом, которым последовательно срезаются участки эндометрия до полного или частичного его удаления. Положительным результатом операции является ликвидация кровотечения и развитие гипо- или аменореи. Критерием эффективности является аменорея, которая наблюдается у 2/3 больных после операции. Наилучшие результаты достигаются при толщине эндометрия не более 4 мм.

Доказано, что лазерный луч NdYAG лазера и электрическая энергия через электрохирургическую петлю и шаровой электрод проникают и разрушают ткани на глубину 4–6 мм. В то же время даже при нормальном менструальном цикле толщина эндометрия меняется от 1 мм в ранней фазе пролиферации до 10–18 мм в фазе секреции. Следовательно, для получения оптимальных результатов при резекции и абляции эндометрия толщина эндометрия должна быть менее 4 мм. Для этого операция должна быть выполнена в раннюю фазу пролиферации. Однако это не всегда бывает удобным как для пациентки, так и для врача. Некоторые авторы предлагают непосредственно перед абляцией эндометрия проводить механический или вакуумный кюретаж полости матки, представляя его как эффективную альтернативу медикаментозной супрессии эндометрия. При этом процедура становится более дешевой и доступной, позволяет избежать многочисленных нежелательных эффектов гормональной терапии. Кроме того, операция может быть выполнена независимо от дня менструального цикла, а также дает возможность проведения гистологического исследования эндометрия непосредственно перед абляцией эндометрия. Однако многие хирурги считают, что кюретаж не обеспечивает до-

статочного истончения эндометрия и, следовательно, предпочитают готовить эндометрий к абляции с помощью гормонов.

При гормональной супрессии эндометрия резекция и абляция эндометрия может быть выполнена при наименьшем эндометрии, к тому же гормональная подготовка снижает кровоснабжение матки и уменьшает размеры полости матки. Такая подготовка уменьшает время операции, снижает риск значительной жидкостной перегрузки сосудистого русла и увеличивает процент успешных результатов. С целью гормональной подготовки используют различные агонисты ГнРГ, антигонадотропные гормоны или гестагены.

Противопоказания к абляции эндометрия:

- злокачественные новообразования половых органов;
- атипичная ГПЭ;
- наличие болевого синдрома;
- величина матки более 9–10 недель беременности (длина матки по зонду более 12 см);
- пролапс матки.

Большинство неэффективных операций (до 98%) наблюдается при наличии у пациентки аденомиоза.

УСЛОВИЯ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ОПЕРАЦИИ

Независимо от сложности и продолжительности операции, даже для самых коротких манипуляций необходимо иметь полностью оборудованную операционную, чтобы вовремя распознать и начать лечить как хирургические, так и анестезиологические осложнения.

Предоперационная подготовка к оперативной гистероскопии не отличается от таковой при диагностической гистероскопии.

При обследовании пациентки и подготовке к электрохирургической гистероскопической операции необходимо помнить о том, что любая операция может закончиться лапароскопией или лапаротомией.

Обязательный этап перед проведением абляции эндометрия: исключение злокачественных и предраковых процессов в гинекологических органах. Для этого проводят тщательное цитологическое исследование мазков, морфологическое исследование эндометрия, также желательна предварительная гистероскопия, УЗИ органов малого таза трансвагинальным датчиком.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Гистероскопия является безопасным, малоинвазивным и эффективным вмешательством для диагностики и лечения внутриматочной патологии, а также позволяет проводить контроль эффективности проводимого лечения.

Существенным достоинством гистероскопии является визуальный контроль качества удаления патологического образования из полости матки, в отличие от традиционно выполняемого без гистероскопии раздельного диагностического выскабливания.

Для успешного выполнения электрохирургических гистероскопических операций необходимо использовать видеомонитор с высокими разрешающими способностями и высокоинтенсивный источник света, поскольку точность и правильность проведения операции связаны с четкостью обзора.

Совершенствование гистероскопической техники способствует расширению показаний к выбору именно этого хирургического доступа.

Гистероскопические операции должен выполнять опытный эндоскопист. Владение трансцервикальным доступом позволяет хирургу в ряде случаев избежать более инвазивных хирургических вмешательств.

Тщательный отбор пациенток на догоспитальном этапе, достаточное оснащение гистероскопической операционной, адекватная подготовка и обучение врача-эндоскописта и точное соблюдение правил выполнения гистероскопии способствуют повышению качества диагностических и лечебных вмешательств, а также снижению количества осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

Гинекология: национальное руководство / под ред. В.И. Кулакова, И.Б. Манухина, Г.М. Савельевой. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. 1088 с. (Серия «Национальные руководства»).

Кулаков В. И. Руководство по оперативной гинекологии / В.И. Кулаков, Н.Д. Селезнева, С.Е. Белоглазова. М.: Мед. инф. агентство, 2006. 640 с.

Эндоскопия в гинекологии / В. И. Кулаков, Л. В. Адамян. М.: Медицина, 2000. 384 с.

Неотложная помощь в акушерстве и гинекологии: краткое руководство / под ред. В.Н. Серова. 2-е изд., испр. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. 256 с.

Акушерство и гинекология. Клинические рекомендации / под ред. Г.М. Савельевой, В.Н. Серова, Г.Т. Сухих. 3-е изд., испр. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. 880 с.

Адамян Л.В., Кулаков В.И., Андреева Е.Н. Эндометриозы: Руководство для врачей. М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2006. 416 с.

Гинекология: учебник / под. ред. Г.М. Савельевой, В.Г. Бреусенко. 4-е изд., перераб. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.

Адамян Л.В. и др. Эндометриоз: диагностика, лечение и реабилитация. Клинические рекомендации. М., 2013.

Акушерство и гинекология. Клинические рекомендации / под ред. Г.М. Савельевой, В.Н. Серова, Г.Т. Сухих. 4-е изд., испр. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. 880 с.

Дамиров М.М. Современные подходы к тактике ведения больных с лейомиомой матки: пособие для врачей. М., 2014.

ТЕСТОВЫЙ КОНТРОЛЬ

Выберите один вариант ответа.

1. Субмукозная миома матки 0 типа:

- а) полностью в полости матки
- б) менее 50% объема узла располагается межмышечно, большая часть в полости матки
- в) более 75% объема узла межмышечно, меньшая часть в полости матки
- г) большая часть узла межмышечно, меньшая часть в полости матки
- д) менее 75% объема узла в полости матки, меньшая часть межмышечно

2. Гистероскопическая картина при аденоматозных полипах эндометрия:

- а) образования бледного цвета, округлой или овальной формы, небольших размеров (0,5–1,5 см), гладкая поверхность, маловаскуляризованы, имеют ножку
- б) образования находятся ближе к устьям маточных труб, небольших размеров, тусклые, серые, рыхлые
- в) обрывки эндометрия от бледно-розового до темно-багрового цвета с участками старых кровоизлияний, мелкие обрывки слизистой
- г) образования больших размеров (до 5–6 см), продолговатые, форма конусовидная или неправильная, поверхность гладкая, над ней выступают кистозные образования с тонкой стенкой, цвет бледно-розовый
- д) эндометрий в виде складок различной высоты, бледно-розовый, просматриваются небольшое количество протоков желез

3. Гистероскопическая картина при железисто-кистозных полипах эндометрия:

а) образования ближе к устьям маточных труб, небольших размеров, тусклые, серые, рыхлые.

б) образования бледного цвета, округлой или овальной формы, небольших размеров (0,5–1,5 см), гладкая поверхность, маловаскуляризованы, имеют ножку.

в) обрывки эндометрия от бледно-розового до темно-багрового цвета с участками старых кровоизлияний, мелкие обрывки слизистой

г) большие размеры (до 5–6 см), продолговатые, форма конусовидная или неправильная, поверхность гладкая, над ней выступают кистозные образования с тонкой стенкой, цвет бледно-розовый

д) эндометрий в виде складок различной высоты, бледно-розовая, просматриваются небольшое количество протоков желез

4. Гиперплазия эндометрия:

а) эндометрий тонкий, ровный, бледно-розовый, с мелкими кровоизлияниями, устья маточных труб легко просматриваются

б) эндометрий тонкий бледный, четко видны устья маточных труб, часто выявляются синехии

в) обрывки эндометрия от бледно-розового до темно-багрового цвета с участками старых кровоизлияний, мелкие обрывки слизистой оболочки

г) эндометрий сочный, отечный, с образованием складок, приобретает красноватый оттенок, устья маточных труб не всегда возможно визуализировать

д) эндометрий в виде складок различной высоты, бледно-розовый, просматривается небольшое количество протоков желез

5. Фактор, влияющий на увеличение менструальной кровопотери при лейомиоме матки:

а) коагулопатия

б) нет верного ответа

в) субсерозная миома матки

- г) гиперплазия эндометрия
- д) субмукозная локализация узлов миомы

6. В плановом порядке выполняются следующие гистероскопические вмешательства:

- а) рассечение внутриматочных синехий
- б) удаление субмукозного миоматозного узла
- в) удаление инородного тела матки
- г) верно все

7. К плановым показаниям для выполнения гистероскопии относятся:

- а) аномальное маточное кровотечение
- б) бесплодие
- в) контроль после проведенной гормонотерапии
- г) верно б и в

8. Гистероскопическими признаками рака эндометрия являются:

- а) наличие внутриматочных сращений
- б) наличие сосочковых разрастаний
- в) скалистый рисунок эндометрия
- г) верно все

9. Гистероскопическими признаками аденомиоза являются:

- а) наличие внутриматочных сращений
- б) наличие сосочковых разрастаний
- в) скалистый рисунок эндометрия
- г) верно все

10. Гистероскопическими признаками синехий являются:

- а) наличие внутриматочных сращений
- б) наличие сосочковых разрастаний
- в) скалистый рисунок эндометрия
- г) верно все

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

- 1 — а
- 2 — б
- 3 — г
- 4 — д
- 5 — д
- 6 — г
- 7 — г
- 8 — б
- 9 — в
- 10 — а