

УДК 618.217-1.056.22:616.23-24

© А. А. Довгань, 2013.

## РОЛЬ ГИСТЕРОСКОПИИ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ, СУБМУКОЗНОЙ МИОМЫ МАТКИ И АДЕНОМИОЗА

**А. А. Довгань**

*Кафедра акушерства и гинекологии №2 (зав.кафедрой – доц. А.А. Трушкевич), Государственное учреждение «Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского», г. Симферополь.*

### HYSTEROSCOPY IS THE MOST INFORMATIVE METHOD FOR INTRAUTERINE DIAGNOSTICS OF A PATHOLOGY AND SHOULD EVERYWHERE PRECEDE THE INTRAUTERINE DIAGNOSTIC CURRENTAGE OF THE UTERUS

**A.A. Dovgan****SUMMARY**

Hysteroscopy is the most informative method for intrauterine diagnostics of a pathology and should everywhere precede the intrauterine diagnostic currentage of the uterus.

### РОЛЬ ГИСТЕРОСКОПІЇ В ДИФЕРЕНЦІАЛЬНІЙ ДІАГНОСТИЦІ ГІПЕРПЛАСТИЧНИХ ПРОЦЕСІВ ЕНДОМЕТРИЯ, СУБМУКОЗНОЇ МІОМИ МАТКИ Й АДЕНОМІОЗА

**А.А. Довгань****РЕЗЮМЕ**

Знання базової гістероскопічної семіотики внутриматкової патології дозволяє поставити точний діагноз і вибрати адекватну тактику терапії. Звідси можна укласти, що гістероскопія є найбільш інформативним методом для внутриматкової діагностики і повинна повсюдно передувати діагностичного вискоблювання матки.

**Ключевые слова:** гистероскопия, гиперплазия, миома.

В последние годы для клинической практики характерно широкое использование эндоскопических методов диагностики. В гинекологии, в частности, применяют лапароскопию, однако это не касается внутриматочной патологии. Диагностические проблемы в значительной степени могут быть решены с помощью гистероскопии, позволяющей провести дифференциальную диагностику между гиперпластическими процессами эндометрия, аденомиозом и субмукозной миомой матки.

Высокая эффективность данного метода подтверждается исследованиями отечественных и зарубежных авторов [1,4,7].

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ**

Мы обследовали 35 женщин (возрастом до 55 лет) гистероскопически с целью дифференциальной диагностики гиперплазии эндометрия различных видов, субмукозной миомы матки, аденомиоза.

Все операции были произведены в плановом порядке с предоперационным обследованием и подготовкой, а также анестезиологическим обеспечением согласно приказу МОЗ Украины № 620.

**РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ**

С точки зрения гистологической структуры, по-

липы эндометрия целесообразно разделить на функционирующие и нефункционирующие. Первые претерпевают изменения характерные для нормального эндометрия, но эта трансформация не полноценна (во время менструации полипы не отторгаются вместе с функционирующим слоем эндометрия).

Функционирующие полипы, претерпевающие частичные секреторные изменения, имеют белый цвет, кажутся полупрозрачными. Определяется выраженный сосудистый рисунок. В ножке полипа имеются более толстые сосуды. При контрольной гистероскопии после диагностического выскабливания в местах, где были полипы, определяются более длинные и широкие обрывки слизистой оболочки по сравнению с остальной поверхностью [2]. Данные полипы лучше визуализируются на фоне тонкого эндометрия на третьи-седьмые сутки менструального цикла, во второй половине менструального цикла их выявить трудно.

Среди нефункционирующих полипов эндометрия наиболее часто встречаются железистые и железисто-кистозные. Эту группу полипов выявляют чаще у женщин детородного возраста и в пременопаузальный период.

Обычно они имеют гладкую поверхность розового или желто-розового цвета с правильно расположенными выводными отверстиями желез. Местами встречаются субэпителиальные кровоизлияния. Размеры железисто-кистозных полипов варьируют от нескольких миллиметров до сантиметров, они имеют бело-розовый цвет. Железисто-фиброзные полипы чаще большие, бело-розовые, трудно удаляемые при выскабливании стенок полости матки [3].

Гистероскопически при аденоматозе полипы имеют широкое основание с неравномерно-ворсистой поверхностью почти красного цвета. Как правило, видна хорошо развитая, нередко застойная, сосудистая сеть с отдельными отрезками паретически расширенных сосудов. Отверстия желез выглядят как полиморфные углубления разной величины и формы. Таким образом, отличительными признаками аденоматозных полипов являются: атипичная сосудистая сеть, полиморфность отверстий желез, выраженная ворсистость поверхности.

У больных с железистой и железисто-кистозной гиперплазией эндометрия гистероскопическая картина зависит от того, в какой половине цикла его проводили. В первой половине цикла слизистая оболочка матки имеет небольшую высоту, желто-розовый цвет, неравномерную поверхность в виде гребней с точечными углублениями – отверстия желез [5]. В анамнезе у таких женщин – длительные задержки менструаций, скудные менструальные выделения.

Во второй половине менструального цикла эндометрий образует неравномерно высокие прозрачные полиповидные выпячивания белого цвета. При этом хорошо определяются вертикально идущие толстые ветвящиеся сосуды.

В случае смешанной гиперплазии эндометрия слизистая имеет вид высоких полипов желто-розового цвета, которые равномерно чередуются с мелкими полипами белесого цвета с разрыхленными вершинами. Гистологическое исследование прицельно взятых участков такой слизистой показывает, что в данном случае нужно говорить о локальных очагах секреторной трансформации желез и стромы.

У женщин с регрессивной гиперплазией эндометрия слизистая оболочка выглядит как низкие неравномерные полиповидные выпячивания бело-розового цвета с хорошо видимыми утолщениями. В толще складок эндометрия просвечивают кистозные структуры. Местами видны небольшие очаговые разрастания слизистой оболочки, которые с трудом удаляются при выскабливании стенок полости матки.

Миома матки наиболее часто встречающееся гинекологическое заболевание. По данным разных авторов, она обнаруживается у 12-25% больных гинекологического профиля. Возможно, истинная частота распространения опухоли еще выше, так как

при её малых размерах, подслизистой локализации узлов диагностика заболевания представляет значительные трудности. Следует так же подчеркнуть, что миома матки является фактором риска развития саркомы. Нами были обнаружены несколько случаев подслизистых миоматозных узлов. В тех случаях, когда подслизистые узлы больше 1 см в диаметре, контуры их четко определяются, они имеют сферическую поверхность, не изменяют свою конфигурацию под давлением поступающего в полость матки раствора.

При гиперпластических процессах, а также в фазу секреции или поздней пролиферации из-за гребней, полиповидных выпячиваний разросшейся слизистой оболочки небольшие миоматозные узлы определяются нечётко [6]. Некоторые из них становятся видимыми при увеличении давления жидкости на стенки матки.

Характерно, что у отдельных больных истончение слизистой оболочки матки и расширение кровеносных сосудов наблюдается не только в области миоматозного узла, но и на противоположной стороне, что, по-видимому, можно объяснить постоянным давлением опухоли на контактирующую с ней поверхность эндометрия.

Следует сказать, что подслизистые миоматозные узлы иногда трудно отличить от аденоматозных полипов. Основными дифференциальными признаками последних являются ворсинчатость поверхности, визуализация отверстий выводных протоков эндометриальных ходов.

Надо подчеркнуть, что мелкие подслизистые миоматозные узлы нередко приходится дифференцировать с внутренним эндометриозом, для которого характерны наличие выраженной неровности поверхности полости матки, иногда – синеватых и багровых точек эндометриальных ходов.

При гистероскопической диагностике аденомиоза нами обнаруживались точечные отверстия эндометриоидных ходов, не возвышающихся над уровнем окружающей слизистой оболочки. Иногда эндометрий, покрывающий эти патологические очаги, кажется истонченным, склерозированным, ригидным, содержащим сеть тонких кровеносных сосудов. На основании результатов полученных данных выделяют следующие формы аденомиоза: железистую – с большим количеством желез; стромальную – с преобладанием стромальной и соединительной ткани; фиброзную – с преобладанием соединительнотканного компонента.

При железистой форме встречаются в основном гистероскопические симптомы с наличием кист и точек эндометриальных ходов. При стромальной и фиброзной формах эндоскопически обычно определяются белесые ригидные участки, неровности рельефа внутренней поверхности матки.

Из обследованных нами женщин у пяти выявлена выявлены субмукозные миоматозные узлы

(14%), у пятнадцати пациенток – различные формы полипов эндометрия (42%), у пяти гистероскопичес-

ки – гиперплазия эндометрия (14%) и у десяти больных – аденомиоз (28%) (рис.1).

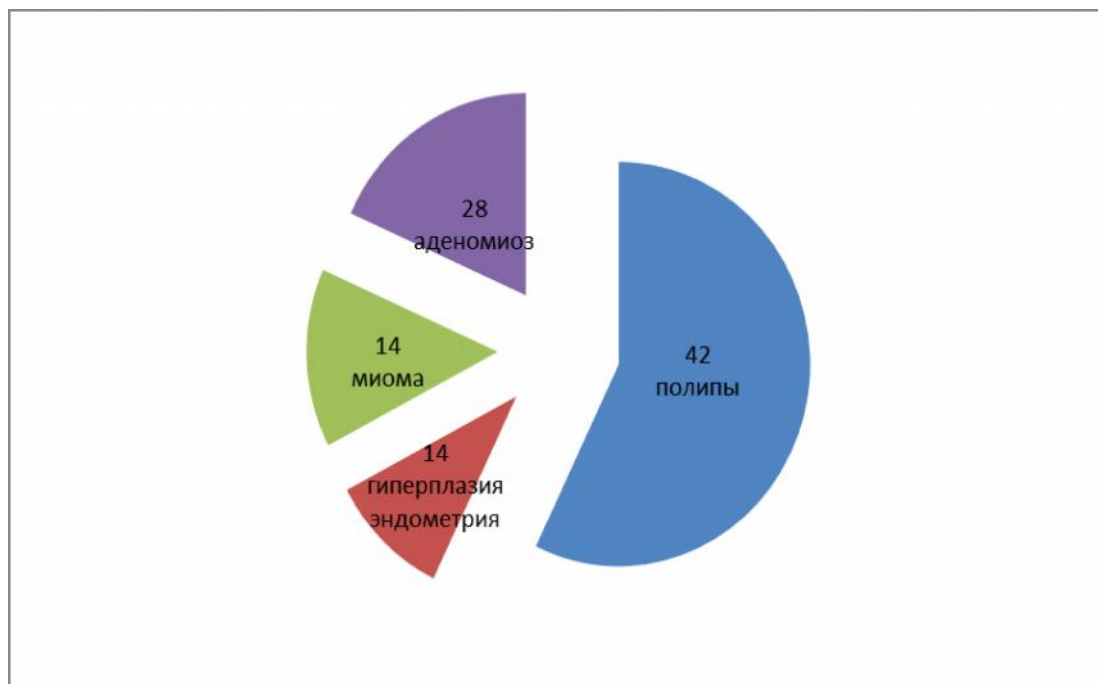


Рисунок 1. Патологические процессы эндометрия.

Из патологических процессов эндометрия лидируют полипоз и аденомиоз, что укладывается в мировые среднестатистические данные (рис.1.).

При проведении данных операций нами было получено одно осложнение в виде эндометрита, развившегося через сутки, что не выходит за рамки среднестатистических показателей. Тогда как диагностические выскабливания производятся в слепую, патологические участки эндометрия могут быть пропущены, и диагностическая ценность операции может быть сведена к минимуму.

#### ВЫВОДЫ

Гистероскопия является наиболее информативным методом для диагностики внутриматочной патологии и должна повсеместно предшествовать диагностическому выскабливанию матки.

Знание базовой гистероскопической семиотики внутриматочной патологии позволяет поставить точный диагноз и выбрать адекватную тактику лечения.

Перспективы дальнейших исследований: Изучение применения гистероскопии при лечении различных гистологических форм аденомиоза.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Адамян Л. В., Белоглазова С. Е. Диагностическая и хирургическая гистероскопия в гинекологии: Методические рекомендации. – М., 2000; 36.
2. Адамян Л.В. Роль гистероскопии и гистерорезектоскопии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний. Матер, междунар. конгр. «Эндоскопия в диагностике и лечении патологии матки». М.: 1997. С. 22-24.
3. Давыдов А.И., Стрижаков А.Н., Белоцерковцев Л.Д., Бахтияров К.Р. Клиническое значение гистерорезектоскопии в комплексном лечении патологических состояний матки. Матер, междунар. конгр. «Эндоскопия в диагностике и лечении патологии матки». М.: 1997. С. 12-16.
4. Савельева Г.Н. Гистероскопия. Атлас и руководство. Москва, 2013. С. 22-24.
5. Судомы И. А. Гистероскопия: Атлас. – Киев, 2006. С. 15-17.
6. Arcaini L, Federici D., Muggiasca L. et al. Hysteroscopic myomectomy. Minimally. Invasive. Therapy 1994. P. 51-55.
7. Campo R., Bella G. Office mini - hysteroscopy. – Human Reprod. Update. - 1999. Vol. 44 (1). – P. 23-26.