

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ПАНОРАМНОЙ ОФИСНОЙ ГИСТЕРОСКОПИИ

С.Э. Саркисов, Г.О. Барсегян, М.А. Бойко

Инновационное отделение малоинвазивных технологий
ФГБУ «НЦ АГИП им. В.И. Кулакова» Минздрава России

В статье приведена информация о применении офисной гистероскопии в амбулаторных условиях для диагностики и лечения патологии матки. Определен алгоритм диагностики внутриматочной патологии, технические особенности применения и диагностические возможности.

Ключевые слова: патология матки, гистероскопия, технические возможности.

MODERN ASPECTS OF PANORAMIC OFFICE HYSTEROSCOPY

S.E. Sarkisov, G.O. Barsegyan, M.A. Boyko

Innovative Department of Minimally Invasive Technologies Federal State Budgetary Institution
«Research Center for Obstetrics, Gynecology and Perinatology named after V.I. Koulakov»
of Ministry of Healthcare and Social Development of the Russian Federation

The article provides information on the use of the office hysteroscopy in the outpatient setting for the diagnosis and treatment of uterine pathology. It defines the algorithm for the diagnosis of intrauterine pathology, technical peculiarities of its use and the diagnostic possibilities.

Key words: uterine pathology, hysteroscopy, technical possibilities.

Современный этап развития здравоохранения характеризуется широким внедрением малоинвазивных методов диагностики и лечения внутриматочной патологии на поликлиническом этапе медицинской помощи. Амбулаторная или офисная гистероскопия стала одним из вариантов панорамной гистероскопии и в последние годы интенсивно внедряется в гинекологическую практику.

Применение современных панорамных терапевтических/операционных гистероскопов из-за их относительно большого диаметра (8–10 мм) связано с дилатацией цервикального канала, что требует общего обезболивания и госпитализации для диагностической гистероскопии в стационарных условиях или в «стационаре одного дня».

В то же время совершенствование гибких и жестких эндоскопов привело к созданию гистероскопов с наружным диаметром до 3-х мм — **офисных гистероскопов**. Наличие в эндоскопе инструментального канала в 3–5–7Fr (3Fr = 1 мм) увеличивает общий диаметр гистероскопа до 4,5–5,5 мм.

Офисная панорамная гистероскопия представляет собой эндоскопическое исследование

полости матки, которое производится с помощью офисного (гибкого или жесткого) гистероскопа с диаметром наружного ствола до 4,5 мм без расширения цервикального канала в условиях местной анестезии. При этом анестетик (например, раствор лидокаина) наносится контактно на шейку матки или интрацервикально.

Офисная гистероскопия показана во всех случаях, когда визуализация полости матки улучшает диагностику и расширяет возможности лечения внутриматочной патологии как в амбулаторных, так и в стационарных условиях.

Показания к офисной гистероскопии:

- Патологические маточные кровотечения.
- Скрининг бесплодия.
- Патологические находки ГСГ и УЗИ.
- Невынашивание беременности.
- Обследование перед IVF.
- Расширенная диагностика:
 - 1) эндометриального и цервикального полипа;
 - 2) субмукозного/интрамурального миоматозного узла;
 - 3) синдрома Ашермана/внутриматочных синехий;
 - 4) облитерации проксимального отдела маточной трубы.

- Локализация ВМК и инородных тел.
- Каннулирование (интубация) интрамурального отдела маточной трубы для переноса гаметы (GIFT), зиготы (ZIFT), эмбриона (TET), криоэмбриона (CET), эмбриона на стадии пронуклеуса (PROST) в полость маточной трубы.
- Врожденные аномалии (в сочетании с УЗИ и лапароскопией):
 - внутриматочная перегородка/ двурогая матка.

В условиях стационара офисная гистероскопия предпринимается:

- при стенозе и облитерации цервикального канала (глубокая постменопауза с УЗИ признаками внутриматочной патологии);
- при динамических гистероскопиях после разделения внутриматочных синехий и внутриматочной перегородки;
- при сочетании диагностической гистероскопии с одномоментной лапароскопией.

Противопоказания:

Абсолютные:

- острые воспалительные заболевания органов

- малого таза (кольпит, цервицит, сальпингооофрит, эндометрит и т.д.);
- экстрагенитальные заболевания в остром периоде или в стадии декомпенсации;
- острые инфекционные заболевания;
- рак шейки матки распространенный;
- неподготовленная пациентка (III–IV степени чистоты влагалищных мазков при отсутствии внутриматочной патологии);
- подозрение на перфорацию стенки матки;
- стеноз и облитерация цервикального канала;
- неадекватный инструментарий;
- недостаточная квалификация хирурга.

Относительные:

- беременность (при заинтересованности пациентки в ее сохранении);
- профузные маточные кровотечения (при подозрении на перфорацию стенки матки);
- хронические воспалительные заболевания органов малого таза (вмешательство проводится на фоне профилактической периоперационной антибактериальной терапии).

Диагностика и внутриматочные манипуляции проводятся в 1 фазе менструального цикла.



Рис. 1. Алгоритм диагностики внутриматочной патологии с использованием офисной гистероскопии в условиях поликлиники

Опухоли тела матки

Характер секреторной трансформации эндометрия оценивается во II фазе менструального цикла.

Мы обследовали 504 пациентки. Из них у 80,2% больных гистероскопия выполнена в амбулаторных условиях, а у 19,8% больных — в условиях стационара.

Показаниями для амбулаторной гистероскопии были жалобы на патологические маточные кровотечения — у 44,6% больных, патологические находки при скрининг-УЗИ органов малого таза — у 32,2% пациенток, необходимость контроля за эффективностью удаления субмукозных миоматозных узлов; полипов эндометрия; гормональной терапии и абляции эндометрия — у 23,3% больных.

Технические особенности и диагностические возможности амбулаторной гистероскопии сравнивали со стационарной панорамной гистероскопией. Офисную гистероскопию выполнили 50 пациенткам до панорамной гистероскопии с кюретажем стенок полости матки и цервикального канала. Панорамную гистероскопию проводили в случаях, требующих расширения объема внутриматочного оперативного вмешательства. При этом использовалась модель жесткого двухканального гистероскопа с наружным диаметром ствола 8 мм и рабочим каналом 7 Fr, 30-градусный телескоп; источник света и среды (глюкоза 5%, CO₂), используемые для расширения полости матки, были такие же, как для амбулаторной гистероскопии.

Панорамная гистероскопия проводилась в условиях гинекологического стационара под внутривенным обезболиванием.

Качество визуализации внутриматочной патологии с помощью использованных амбулаторных гистероскопов отличалось от панорамных лишь меньшим полем зрения, а критерии визуальной оценки патологии полости матки оставались неизменными.

Амбулаторная гистероскопия осуществлялась с использованием:

- а) однопроточного фиброгистероскопа диаметром 3,1 мм;
- б) жесткого двухканального постоянно-проточного гистероскопа с телескопом 3 мм и сменными стволами диаметром 5,5, 6,5 мм и, соответственно, рабочими каналами 5 Fr и 7 Fr.

Проведенные нами исследования показали, что использование жесткого гистероскопа



с наружным диаметром 6,5 мм для амбулаторного обследования пациенток нецелесообразно, так как возникает необходимость расширить цервикальный канал до № 6,5 расширителей Гегара, что, как правило, требует адекватного обезболивания в виде внутривенной или парацервикальной анестезии и должно проводиться в условиях гинекологического стационара.



Для освещения полости матки применялся источник света с галогеновой лампой мощностью в 150 Вт. При использовании видеокамеры применялся источник света с галогеновой или ксеноновой лампой мощностью 250–300 Вт.

Амбулаторная гистероскопия проводилась как при газовом (CO₂), так и жидкостном (физ. раствор) расширении полости матки.



Применение углекислого газа сопровождалось использованием гистерофлятора системы Линдемана, создающего в полости матки максимальное давление в 200 мм рт. ст., со скоростью введения газа от 0 до 100 мл/мин.

Для эффективной визуализации полости матки и цервикального канала необходимо исключить даже самые минимальные потери газа через цервикальный канал, с этой целью мы использовали вакуумные шейные колпачки.

Жидкостная фиброгистероскопия проводилась по принципу **однопроточной гистероскопии**. Гистероскоп вводился в цервикальный канал с вытекающей из дистального конца эндоскопа жидкостью. Отток жидкости из полости матки происходил между эндоскопом и стенкой цервикального канала.

Жидкостная гистероскопия жестким эндоскопом проводилась по принципу постояннопроточной жидкостной гистероскопии двухканальным эндоскопом, при этом жидкость оттекала из полости матки по специальному каналу гистероскопа (рис. 2).

Исходя из предварительно изученных нами технических особенностей газового и жидкостного расширения полости матки, для амбулаторной гистероскопии мы выбрали жидкостное расширение как наиболее оптимальное, позволяющее во всех случаях получать адекватное расширение



полости матки и проводить интраоперационное трансвагинальное УЗИ.

Фиброгистероскопия проводилась без фиксации шейки матки на пулевые щипцы и расширения цервикального канала, что делало манипуляцию безболезненной. В наших исследованиях для снятия ощущений дискомфорта и как профилактику ятрогенной восходящей генитальной инфекции мы использовали препарат «Инстилягель», вводя его в цервикальный канал за 3–5 минут до манипуляции. При этом 61,8% пациенток отмечали незначительные ощущения дискомфорта в нижних отделах живота. Необходимости в дополнительном обезболивании ни в одном случае не возникло.

Амбулаторная гистероскопия жестким эндоскопом осуществлялась после предварительной

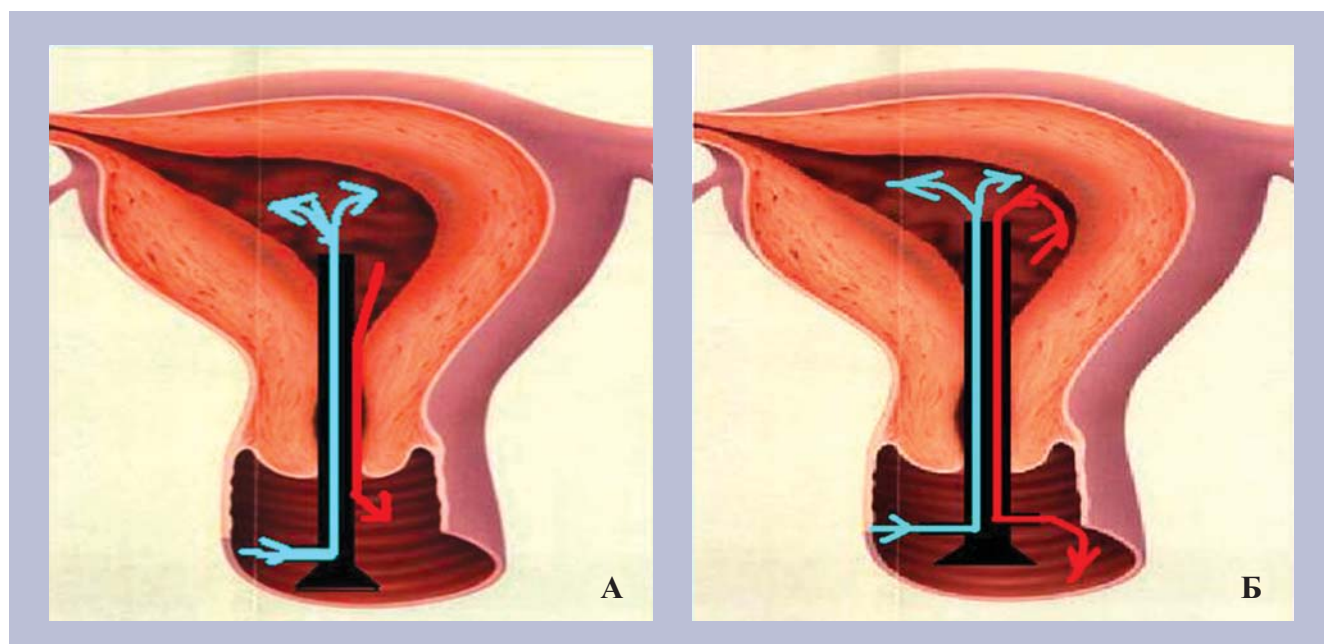


Рис. 2. Циркуляция жидкости **А.** Однопроточный гистероскоп (диагностический).
Б. Постояннопроточный двухходовый гистероскоп (диагностический и терапевтический)

Опухоли тела матки

фиксации шейки матки пулевыми щипцами, зондирования полости матки и контрольного введения расширителя № 5,5, что потребовало предварительной обработки шейки матки 1%-ным раствором лидокаина.

В наших исследованиях у 55,6% рожавших женщин в силу анатомических особенностей строения шейки матки гистероскоп диаметром 5,5 мм вводился в полость матки без расширения цервикального канала, а у 44,4% пациенток потребовалось его расширение до № 5,5 расширителей Гегара. Все больные отмечали ощущения дискомфорта в нижних отделах живота уже при фиксации и смещениях шейки матки пулевыми щипцами, а 34,5% больных отмечали значительную болезненность манипуляции.

Аспирационная биопсия эндометрия, а следовательно, и выбор в качестве инструмента исследования фиброгистероскопа предпринимались в случаях:

1) дооперационного обследования перед гистерорезектоскопическим лечением субмукозных миоматозных узлов — 18,6% больных;

2) гистероскопической диагностики внутриматочных проявлений аденомиоза — 19,6% больных;

3) контроля за состоянием полости матки при клинически эффективной абляции эндометрия (стойкая аменорея) — 22,5% больных;

4) определения состояния эндометрия перед разделением внутриматочных синехий — 4,9% больных;

5) цитологического определения состояния эндометрия перед гистерорезектоскопическим удалением полипов эндометрия на фоне атрофического эндометрия, в основном у пациенток в постменопаузе — 9,8% больных;

6) цитологического контроля за состоянием эндометрия после удаления полипов эндометрия в постменопаузе — 10,8% больных;

7) цитологического контроля за состоянием эндометрия на фоне гормонотерапии гиперпластических процессов эндометрия после их хирургического удаления — 13,7% больных.

Показаниями для прицельной биопсии эндометрия и, соответственно, выбора жесткого эндоскопа в качестве инструмента исследования были:

1) выявленные при трансабдоминальном и трансвагинальном сканировании патологические эхопозитивные очаги на фоне щелевидного М-эхо и М-эхо менее 5 мм — 25% больных.

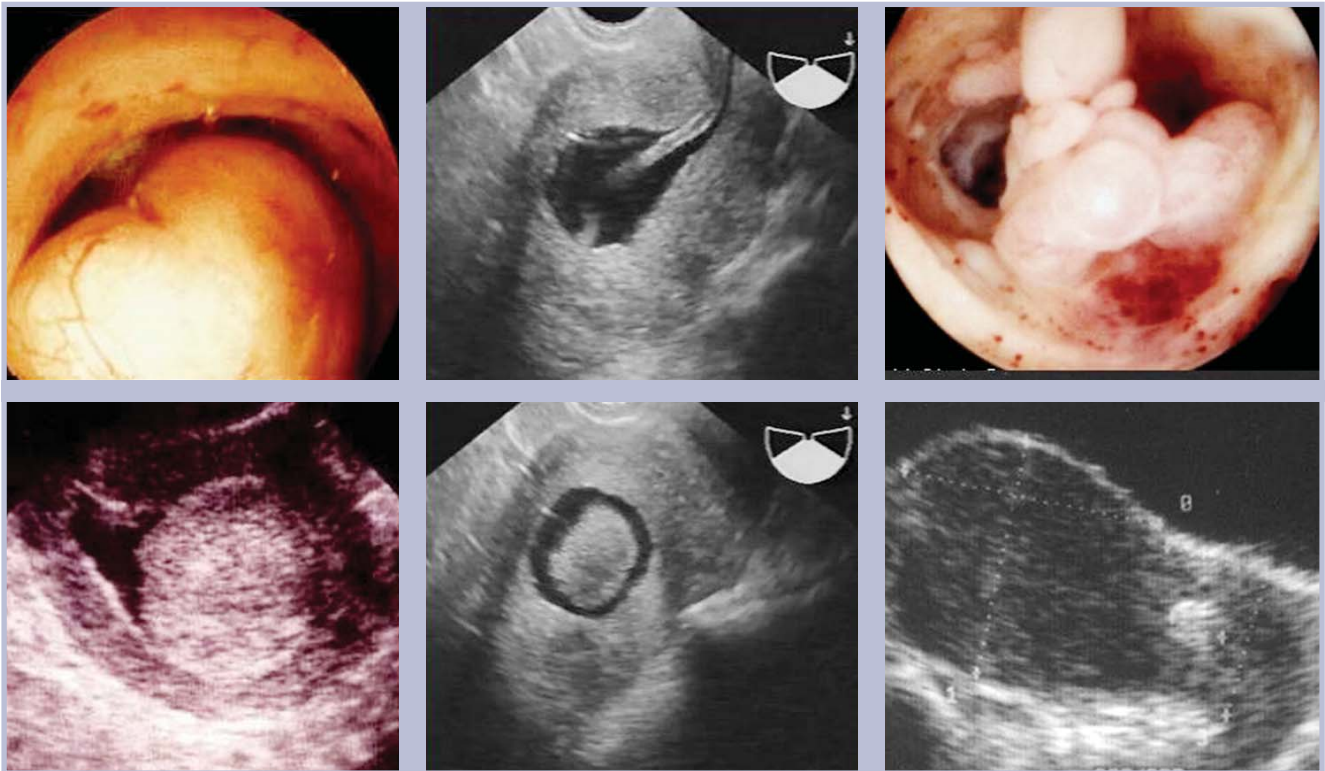


Рис. 3. ЭХО-гистерография расширяет возможности диагностики и контроля за эффективностью лечения

Гистероскопия у данных пациенток установила: очаговую гиперплазию эндометрия — 40% случаев, полипы эндометрия — в 28%, синехий — в 32% случаев;

2) патологические находки УЗИ, позволяющие заподозрить полипы, субмукозные миоматозные узлы и фрагменты ВМК — 24% больных;

3) диагностика секреторной трансформации эндометрия во второй фазе цикла при выявлении причин бесплодия — 7% больных;

4) диагностика хронического воспалительного процесса эндометрия в первой фазе цикла — 8% больных;

5) контрольное определение состояния эндометрия на фоне проводимой в течение трех месяцев супрессивной гормональной терапии аденоматозной гиперплазии — 11% больных;

6) контроль за эффективностью аблации эндометрия в случаях сохранения гипоменструального симптома — 25% больных. Гистероскопия у этих пациенток установила неполную облитерацию полости матки с сохранением участка эндометрия в области трубного угла у 60% больных и в области перешейка — у 40% больных.

Арсенал эндоинструментов, используемых в наших исследованиях, был ограничен и представлен миниатюрными хрупкими биопсийными щипцами, ножницами, канюлями и пайпелями для аспирации.



Попытки произвести миниинвазивные внутриматочные хирургические вмешательства осуществлялись через рабочий канал жесткого офисного гистероскопа биопсийными щипцами диаметром 1,6 мм и включали: удаление

малых миоматозных узлов — у 10 пациенток; полипов эндометрия — у 14 больных; остатков внутриматочных контрацептивов — у 24 больных; разделение внутриматочных синехий — у 16 больных.

При этом общее количество неудачных попыток внутриматочного хирургического вмешательства составило 62,5%, что намного больше, чем удачных — 37,5% случаев, по причине низких функциональных возможностей эндощипцов, используемых в условиях амбулаторной гистероскопии.

Трансвагинальное УЗИ выполнялось в амбулаторных условиях двукратно: до амбулаторной гистероскопии и в сочетании с ней (эхогистероскопия) (рис. 3).

Несомненно, что трансвагинальное УЗИ с учетом его «неинвазивности» — скрининговый метод диагностики и в алгоритме диагностики внутриматочной патологии предшествует офисной гистероскопии.

Возможности трансвагинальной эхографии, эндо- и миометрии расширялись за счет проведения жидкостного контрастирования полости матки. Несомненно, что два метода — трансвагинальная эхография и гистероскопия — должны составлять единый комплекс диагностических мероприятий по выявлению внутриматочной патологии (рис. 4).

Результаты проведенного нами исследования свидетельствуют о том, что амбулаторная гистероскопия — миниинвазивный метод диагностики внутриматочной патологии, обладает при этом некоторыми диагностическими возможностями — прицельная «щипковая» биопсия, аспирационная биопсия, удаление мелких полипов и миоматозных узлов, фрагментов внутриматочных контрацептивов без перфорации стенки матки, разделение синехий.

Преимущества офисной гистероскопии:

- малотравматична; легко переносится больными; не требует обезболивания; не требует расширения цервикального канала;
- дает возможность сразу установить характер внутриматочной патологии;
- дает возможность при необходимости выполнить малые оперативные вмешательства;
- позволяет избежать госпитализации;
- уменьшает стоимость лечения больных.

Опухоли тела матки

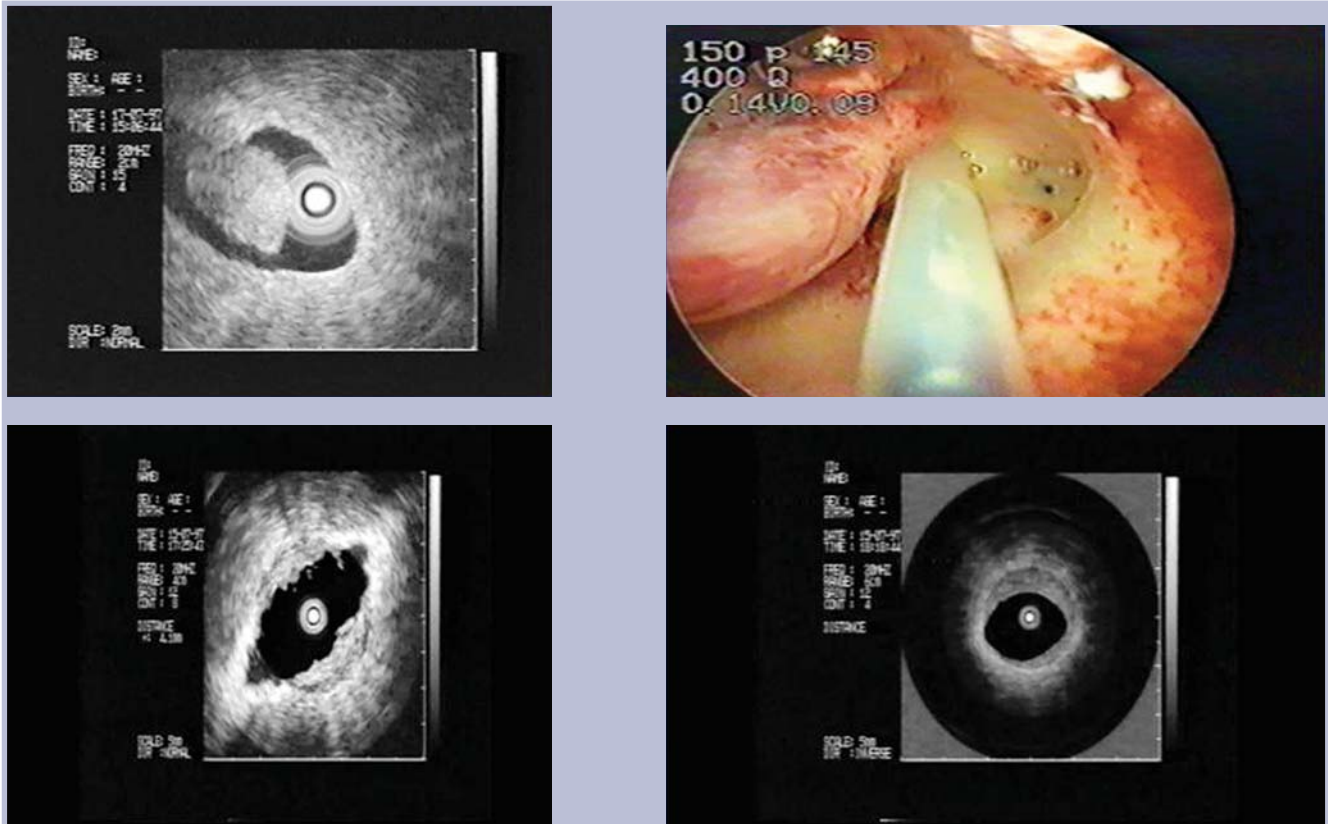


Рис. 4. Жидкостная гистероскопия. При наличии 2 мм рабочего канала у офисного гистероскопа — внутриматочное УЗИ

Перспективы развития:

- увеличение диаметра рабочего канала без увеличения наружного диаметра инструмента;
- усовершенствование оптической системы для получения более четкого изображения;
- создание биполярных электродов для применения в условиях офисной гистероскопии.

Амбулаторная гистероскопия может быть применена как в условиях поликлиники, так и в условиях стационара. Относительная простота манипуляции и выраженный положительный экономический эффект делают этот метод перспективным для более широкого внедрения в гинекологических клиниках.