

# Опыт сравнительного использования различных моделей гистероскопов.

*Злобина Л.А., Короткевич А.Г., Ревецкая Ю.Ю.*

*МГКБ №29, Новокузнецк.*

**Введение.** В современной гинекологии диагностическая и лечебная эндоскопия полости матки – гистероскопия – прочно занимает одно из ведущих мест в комплексе инструментальных методов диагностики. Многочисленные составляющие гистероскопии, как микрогистероскопия, хромогистероскопия, офисная гистероскопия, панорамная и резектоскопия, комбинированная с УЗИ, сальпингоскопией и лапароскопией, позволяют решать конкретные задачи диагностики и лечения, но требуют солидных материальных затрат на приобретение оборудования. Вместе с тем, сегодня перед многими специализированными отделениями встает вопрос целесообразности приобретения конкретного оборудования.

**Цель.** Сравнить эффективность использования различных моделей гистероскопов в рутинной работе отделения гинекологии.

**Материал и методы.** Анализированы результаты медицинских карт женщин, находившихся на стационарном лечении в отделении гинекологии и подвергшихся амбулаторным исследованиям с 2002 по 2006 гг. Возраст от 20 до 68 лет. Гистероскопию выполняли в 1 фазу цикла. Использовали фиброгистероскопию эндоскопом NYF-1T10 (Olympus) и ригидную гистероскопию диагностическим гистероскопом и резектоскопом фирмы «Крыло». В качестве дистензионной среды для диагностических исследований использовали 0,9% раствор натрия хлорида. Гистероскопию выполняли без обезболивания, под местным обезболиванием раствором лидокаина 2% 10-12 мл, внутривенным обезболиванием и эндотрахеальным наркозом. Использовали окулярную методику и видеокамеры OTV-F3 (Olympus) для фиброскопа и Endoscam (Storz) для ригидных эндоскопов. Оценивали длительность исследования, объем жидкости, необходимость расширения цервикального канала, частоту полных и неудачных исследований и их причины, осложнения, удобство работы врача.

**Результаты.** Всего проанализированы результаты 416 гистероскопий – 398 фибро- и 18 ригидных исследований.

Время исследования для фибро- и ригидной гистероскопии составило  $11 \pm 1,1$  минуты и  $16 \pm 1,3$  минуты соответственно ( $p < 0,5$ ). Время включало: бимануальную пальпацию, обработку влагалища, введение зеркал, подготовку гистероскопа, попытку введения гистероскопа, расширение цервикального канала, собственно осмотр, манипуляции. Временные факторы зависели от конституции женщины – при избыточном весе среднее время исследования у этих женщин в 1,5 раза превышало среднюю длительность исследования – на  $8 \pm 0,8$  минуты при фиброскопии и на  $12,3 \pm 1,5$  при ригидной гистероскопии ( $p < 0,5$ ). Как видно, временные затраты не имеют существенной разницы при оценке средних показателей, хотя тенденция к удлинению времени исследования при ригидной гистероскопии имеет место. Вполне возможно, что при накоплении опыта эта разница станет ничтожной. Вместе с тем, при появлении технических трудностей в выполнении любого вида гистероскопии соответственно достоверно возрастало время исследования.

Объем дистензионной среды при фиброскопии составил  $560 \pm 100,7$  мл, при ригидной гистероскопии  $780 \pm 90,0$  мл ( $p < 0,2$ ). Основной расход и увеличение объема жидкости были связаны с необходимостью расширения цервикального канала или внутреннего зева, с миомой матки или избыточным весом женщины. Избыточное расширение цервикального канала также приводило к повышению расхода дистензионной среды. Как видно, конституция женщин и технические трудности создают условия для возникновения осложнений.

Без обезболивания фиброскопия выполнена 32 женщинам (8%) без расширения цервикального канала, с минимальным расходом дистензионной среды и хорошим субъективным самочувствием. У 22 женщин (5,5%) пришлось использовать местное обезболивание раствором лидокаина из-за неприятных и болевых ощущений при продвижении гистероскопа или необходимости расширения цервикального канала. 344 фиброгистероскопии (86,5%) выполнены под внутривенным обезболиванием. Ригидная гистероскопия без обезболивания выполнена 4 женщинам (22%) ( $p < 0,05$ ), местная анестезия потребовалась в 2 случаях (11%) ( $p < 0,05$ ), внутривенное обезболивание было использовано у 12 женщин (67%) ( $p < 0,5$ ). Достоверно большему числу удачных ригидных гистероскопий, выполненных без обезболивания, способствовал малый диаметр оболочки диагностического гистероскопа и его жесткость. Несколько больший диаметр операционного фиброгистероскопа зачастую требовал расширения. Вероятно, что использование диагностического фиброгистероскопа существенно изменило бы ситуацию.

Расширение цервикального канала при фиброскопии потребовалось у 376 женщин (94,5%) против 10 (60%) при ригидной гистероскопии ( $p < 0,02$ ). Без расширения проведено соответственно 22 (5,5%) и 8 (40%) исследований. Использование для диагностических исследований операционного фиброскопа изменило возможную потребность в расширении цервикального канала, чем при использовании диагностического фиброгистероскопа.

Полный осмотр при фиброгистероскопии был выполнен у 395 женщин (99,2%), в 3 случаях из-за рака эндометрия в переходной зоне и синехий осмотр был неполным. При ригидной гистероскопии полный осмотр был выполнен у 16 женщин (89%), в 2 случаях из-за положения матки и миомы не удалось полностью осмотреть полость матки. Фиброгистероскоп в абсолютном большинстве случаев позволил решить диагностические задачи при любых деформациях матки и любых соотношениях осей цервикального канала и полости матки. Возможность изгиба фиброскопа и ретроградный осмотр вкпе с поворотами по оси позволили не оставить без осмотра никакой участок эндометрия. При ригидной эндоскопии в нескольких случаях риск осложнений превысил ожидаемую диагностическую ценность, а в 2 случаях пришлось дополнительно использовать фиброгистероскоп.

При оценке удобства работы впечатление менялось в зависимости от использования видеосистем. Комплексно учитывались положение врача, удобство введения и контроля за положением эндоскопа, комфорт и защита от дистензионной среды, качество изображения и доступность всех отделов для осмотра. Так, работа фиброскопом была более удобной и щадящей, комфортной при работе без видеосистемы, были доступны осмотру все области. Работа ригидным гистероскопом была значительно менее комфортной и удобной при работе без видеосистемы. При работе с видеосистемами комфорт и качество осмотра ригидной гистероскопии превосходили таковые при фиброэндоскопии.

Осложнения при фиброскопии отмечены в 1 случае(0,3%) – обострение миоэндометрита, при ригидной гистероскопии осложнений отмечено не было. Возможно, это связано как с малым количеством наблюдений, позволивших создать первичное впечатление, так и с более строгими показаниями для ригидной гистероскопии.

**Таким образом,** фиброгистероскопия и ригидная гистероскопия не могут быть противопоставлены друг другу, а должны взаимодополняемыми. Отделения гинекологии должны располагать обоими типами гистероскопов, что позволит повысить частоту успешной диагностики и существенно сократить число неудачных исследований. Качество осмотра при ригидной гистероскопии существенно повышается при использовании видеосистемы.