

Статья поступила в редакцию 28.07.2018 г.

Елгина С.И., Золоторевская О.С., Бурова О.С., Малиновский В.А., Беглова А.Ю.
Кемеровский государственный медицинский университет,
ГБУЗ КО «Клиническая поликлиника № 20»,
г. Кемерово, Россия

ОФИСНАЯ ГИСТЕРОСКОПИЯ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ ВРАЧА АКУШЕРА-ГИНЕКОЛОГА

Цель – изучить преимущества офисной гистероскопии в ранней диагностике внутриматочной патологии на амбулаторном этапе.

Материалы и методы исследования. 166 женщин, обратившихся в женскую консультацию ГБУЗ КО «Клиническая поликлиника № 20»: 83 пациентки, которым проводилась офисная гистероскопия в сочетании с мануальной вакуумной аспирацией эндометрия, и 83 пациентки, которым выполнена только мануальная вакуумная аспирация. Все женщины исследованы клиническим, лабораторным, ультразвуковым, инструментальным, статистическим методами.

Результаты. При проведении офисной гистероскопии в сочетании с мануальной вакуумной аспирацией эндометрия внутриматочная патология выявлена у 85,5 % женщин. Полип эндометрия выявлен в 24 случаях (33,8 %), гиперплазия эндометрия – в 20 (28,2 %), субмукозная миома тела матки – в 8 (11,3 %), аденомиоз – в 3 (4,2 %), внутриматочные синехии – в 16 (22,5 %). Совпадение визуального диагноза при офисной гистероскопии и гистологическом исследовании составило 63 случая из 71 (88,7 %). При проведении мануальной вакуумной аспирации эндометрия внутриматочная патология выявлена у 43,4 % женщин. По результатам гистологического исследования полип эндометрия выявлен в 19 случаях (52,8 %), гиперплазия эндометрия – в 17 (47,2 %). Получить дополнительную информацию о внутриматочной патологии (субмукозной миоме, аденомиозе, синехиях эндометрия) без визуализации не представлялось возможным. Чувствительность офисной гистероскопии составила 86,2 %, специфичность – 84,4 %. Чувствительность мануальной вакуумной аспирации составила 71,2 %, специфичность – 62,1 %.

Заключение. Офисная гистероскопия является малоинвазивным, малотравматичным современным методом диагностики внутриматочной патологии. Позволяет сократить объём и сроки догоспитального обследования, а также необоснованное направление в стационар в случае ложноположительной патологии эндометрия по данным УЗИ. Метод офисной гистероскопии пока занимает маленькую нишу в амбулаторной помощи, но полученные нами данные в условиях женской консультации дают основания для масштабного рутинного внедрения офисной гистероскопии в амбулаторную практику.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: офисная гистероскопия; мануальная вакуумная аспирация эндометрия; внутриматочная патология.

Elgina S.I., Zolotorevskaya O.S., Burova O.S., Malinovskiy V.A., Beglova A.Yu.

*Kemerovo State Medical University,
Clinical polyclinic № 20, Kemerovo, Russia*

OFFICE HYSTEROSCOPY IN OUTPATIENT PRACTICE OF AN OBSTETRICIAN-GYNECOLOGIST

Objective – to study the advantages of office hysteroscopy in comparison with manual vacuum aspiration of the endometrium in the early diagnosis of intrauterine pathology.

Materials and methods. The study included 166 women who were seen at the Clinical Polyclinic N 20: 83 patients who received office hysteroscopy before taking the material for histological examination by manual vacuum aspiration and 83 patients who underwent only manual vacuum aspiration. All women were examined by clinical, laboratory, ultrasound, instrumental, statistical methods.

Results. When performing office hysteroscopy in combination with manual vacuum aspiration, intrauterine pathology was detected in 85.5 % women. Endometrial polyps were detected in 24 cases (33.8 %), endometrial hyperplasia – in 20 (28.2 %), submucous myoma – in 8 (11.3 %), adenomyosis – in 3 (4.2 %), intrauterine synechiae – in 16 (22.5 %). Visual diagnosis based on the results of office hysteroscopy coincided with the results of histological examination in 63 cases among 71 (88.7 %). When performing manual vacuum aspiration of the endometrium, intrauterine pathology was detected in 43.4 % women. According to the results of histological examination, endometrial polyps were detected in 19 cases (52.8 %), endometrial hyperplasia – in 17 (47.2 %). To obtain additional data on intrauterine pathology (submucous myoma, adenomyosis, uterine synechiae) without visualization was not possible.

The sensitivity of office hysteroscopy was 86.2 %, specificity – 84.4 %, while the sensitivity and specificity of manual vacuum aspiration were 71.2 % and 62.1 % respectively.

Conclusion. Office hysteroscopy is a minimally invasive, low-traumatic modern method of the diagnosis of intrauterine pathology. Office hysteroscopy allows reducing the scope and period of pre-hospital examination, as well as unreasonable referral to the hospital in case of false positive endometrial pathology according to ultrasound investigation findings. Currently, office hysteroscopy is a small part of outpatient care, but the data obtained in the conditions of the antenatal clinic give grounds for a large-scale routine introduction of office hysteroscopy into outpatient practice.

Key words: office hysteroscopy; manual vacuum aspiration of the endometrium; intrauterine pathology.

В последние годы всё актуальнее становится проблема повышения эффективности диагностики патологии эндометрия в амбулаторных условиях. До недавнего времени окончательный диагноз

и определение тактики дальнейшего ведения стояли за гинекологическими стационарами. В связи с расширением технических и организационных возможностей амбулаторно-поликлинического звена, все боль-

ший объем диагностической и хирургической помощи выполняется на догоспитальном этапе [1-4]. Женские консультации выполняли и продолжают выполнять роль первичного звена, одна из задач которого подготовить пациенток к госпитализации, используя лабораторно-инструментальные методы обследования, а в некоторых случаях и избежать госпитализации вовсе.

В связи с широкой распространенностью и легкой доступностью, ультразвуковое исследование органов малого таза до сих пор остается основным методом диагностики патологии полости матки в амбулаторных условиях. Но, по данным научных исследований, точность диагностики патологии эндометрия по результатам УЗИ колеблется от 25 % до 94 %. Ложноположительные результаты составляют от 25 % до 79 % случаев, а ложноотрицательные – от 8 % до 34 % [5-9]. Очевидно, что разброс показателей слишком велик. Это может наводить на ложный путь дальнейшего ведения пациенток, значительно продлевая период до постановки правильного диагноза. В случае ложноотрицательных результатов эффективность лечения и достижение конечной цели вообще сводятся к нулю.

Применение офисной гистероскопии в современной гинекологической практике позволяет в амбулаторных условиях осуществить панорамную визуализацию полости матки без расширения цервикального канала [10-14]. Однако некоторые практикующие гинекологи сомневаются в применении гистероскопии в амбулаторных условиях, потому что считают, что она ограничена в показаниях, невозможна для выполнения без анестезии и гораздо проще и выгоднее направить пациентку сразу в стационар [15-18].

В Кемеровской области проведение амбулаторно-офисной гистероскопии в хирургическом кабинете женской консультации регламентируется приказом Департамента охраны здоровья населения Кемеровской области № 640 «Об утверждении примерного положения о Центре амбулаторной гинекологии (ЦАГ) и стационаре одного дня» (от 10.04.2014 г.).

В связи с актуальностью проблемы ранней диагностики внутриматочной патологии, изучение применения офисной гистероскопии на амбулаторном этапе в женской консультации представляет научный интерес.

Цель исследования – изучить преимущества офисной гистероскопии в ранней диагностике внутриматочной патологии на амбулаторном этапе.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование проводилось с информированного согласия женщин на базе ГБУЗ КО «Клиническая

Корреспонденцию адресовать:

ЕЛГИНА Светлана Ивановна,
650029, г. Кемерово, ул. Ворошилова, д. 22а,
ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России.
Тел.: 8 (3842) 73-48-56.
E-mail: elginas.i@mail.ru

поликлиника № 20», г. Кемерово. Исследование одобрено комитетом по этике и доказательности медицинских исследований ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России и соответствовало этическим стандартам биоэтического комитета, разработанным в соответствии с Хельсинкской декларацией Всемирной ассоциации «Этические принципы проведения научных медицинских исследований с участием человека» с поправками 2013 г. и «Правилами клинической практики в Российской Федерации», утвержденными Приказом Минздрава России от 19.06.2003 г. № 266.

Дизайн исследования: ретроспективное, случай-контроль. Исследованы 166 женщин, обратившихся в женскую консультацию ГБУЗ КО «Клиническая поликлиника № 20». В основную группу (I) включены 83 пациентки, которым проводилась офисная гистероскопия в сочетании с мануальной вакуумной аспирацией эндометрия ($n = 83$), в группу сравнения (II) – 83 пациентки, которым выполнена мануальная вакуумная аспирация без гистероскопического контроля. Критерии включения в I группу: женщины от 18 лет и старше, проживающие на территории Кемеровской области, нуждающиеся в проведении внутриматочного обследования, давшие письменное согласие на участие в исследовании. Критерии исключения из I группы: девушки-подростки до 18 лет включительно, отсутствие показаний для проведения внутриматочного обследования и информированного согласия для участия в исследовании. Критерии включения и исключения группы сравнения совпадают с контрольной группой. Группа сравнения сформирована из женщин, которым выполнена только мануальная вакуумная аспирация эндометрия до наличия офисного гистероскопа в женской консультации.

Офисная гистероскопия проводилась одним акушером-гинекологом в условиях хирургического кабинета женской консультации ГБУЗ КО «Клиническая поликлиника № 20», в утренние часы, после обследования и подготовки женщин согласно приказу 572-н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология», под местной анестезией (гель «Кетаджель с лидокаином») с использованием фиброгистероскопа диаметром 3,5 мм [19]. Мануальная вакуумная аспирация проводилась с помощью ручного двухклапанного аспиратора и съёмных одноразовых канюль, имеющих диаметр 3, 4 мм.

Статистический анализ данных проводился с использованием пакета прикладных программ Microsoft Office Excel 2010 (лицензионное соглашение 74017-640-0000106-57177) и Stat Soft Statistica 6.1 (лицензионное соглашение BXXR006D092218FAN11). Вероятность возможной ошибки каждого показателя вычисляли по статистическому критерию Стьюдента. После получения результатов исследования для каждого метода определены чувствительность и специфичность.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Офисная гистероскопия в сочетании с мануальной вакуумной аспирацией проведена 83 женщинам.

Время ожидания офисной гистероскопии составило 7 ± 1 дней, что требовалось для проведения обследования.

Длительность офисной гистероскопии в сочетании с мануальной вакуумной аспирацией эндометрия составила в среднем $10,5 \pm 3$ минут, что отличалось от продолжительности только мануальной вакуумной аспирации в среднем на $5,2 \pm 2$ минуты. Однако несмотря на удлинение времени выполнения вмешательства офисная гистероскопия хорошо переносилась пациентками, в том числе и нерожавшими, которые составили 9,5 % в основной группе и 10,5 % в группе сравнения ($p = 0,067$). Осложнений в виде перфорации стенок матки, кровотечения, ТЭЛА и отека легких мы не наблюдали.

По возрасту женщин группы были сопоставимы ($p = 0,054$). Средний возраст пациенток I группы составил $45 \pm 9,8$ лет (min = 27 лет; max = 69 лет), пациенток II группы — $41 \pm 9,4$ год (min = 23 года; max = 62 года).

Паритет женщин в группах в среднем 2 беременности ($1,8 \pm 0,4$ и $1,7 \pm 0,3$, соответственно).

Диагноз при обращении у женщин поставлен в соответствии с международной классификацией болезней (МКБ-10).

Показаниями к проведению офисной гистероскопии являлись ультразвуковые признаки полипа эндометрия (N 84.0) — у 38 женщин (45,8 %), гиперплазии эндометрия (N 85.0) — у 29 (34,9 %), миомы матки (D 25.0, 25.1, 25.2) — у 11 (13,3 %), аденомиоза (N 80.0) — у 5 (6,0 %).

При проведении офисной гистероскопии в сочетании с мануальной вакуумной аспирацией эндометрия внутриматочная патология выявлена у 85,5 % женщин. Полип эндометрия выявлен в 24 случаях (33,8 %), гиперплазия эндометрия — в 20 (28,2 %), субмукозная миома тела матки — в 8 (11,3 %), аденомиоз — в 3 (4,2 %), внутриматочные синехии — в 16 (22,5 %).

Совпадение визуального диагноза при офисной гистероскопии и гистологического исследования составило 63 случая из 71 (88,7 %).

Показания к мануальной вакуумной аспирации совпадали с офисной гистероскопией: ультразвуковые признаки полипа эндометрия (N 84.0) — у 36 женщин (43,4 %), гиперплазии эндометрия (N 85.0) — у 31 (37,3 %), миомы матки (D 25.0, 25.1, 25.2) — у 12 (14,5 %), аденомиоза (N 80.0) — у 4 (4,8 %).

При проведении мануальной вакуумной аспирации эндометрия внутриматочная патология выявлена у 43,4 % женщин. По результатам гистологического исследования полип эндометрия выявлен в 19 случаях (52,8 %), гиперплазия эндометрия — в 17 (47,2 %). Получить дополнительную информацию о внутриматочной патологии (субмукозной миоме, аденомиозе, синехиях эндометрия) без визуализации не представлялось возможным.

Чувствительность офисной гистероскопии составила 86,2 %, специфичность — 84,4 %. Чувствительность мануальной вакуумной аспирации составила 71,2 %, специфичность — 62,1 %.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Офисная гистероскопия позволила выявить внутриматочную патологию у 85,5 % обследованных женщин, что совпадает с литературными данными [20-22]. Выполнение процедуры одним гинекологом позволило избежать многообразия трактовки гистероскопической картины. Применение офисного гистероскопа диаметром 3,5 мм в амбулаторных условиях, без использования расширителей Гегара, под местной анестезией делает исследование доступным и экономичным. Более того, женщина «присутствует» во время операции, активно участвует в обсуждении выявленной патологии. На данный момент исследование является незаконченным, так как нет данных о вли-

Сведения об авторах:

ЕЛГИНА Светлана Ивановна, доцент, доктор мед. наук, профессор, кафедра акушерства и гинекологии № 1, ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия. E-mail: elginas.i@mail.ru

ЗОЛОТОРЕВСКАЯ Ольга Сергеевна, врач акушер-гинеколог, ГБУЗ КО «Клиническая поликлиника № 20», г. Кемерово, Россия. E-mail: halepa-o@yandex.ru

БУРОВА Ольга Сергеевна, студент 5 курса лечебного факультета, ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия. E-mail: burova.bur95@yandex.ru

МАЛИНОВСКИЙ Владислав Александрович, студент 5 курса лечебного факультета, ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия. E-mail: vladislav-9509@mail.ru

БЕГЛОВА Анжелика Юрьевна, врач акушер-гинеколог, заочный аспирант, кафедра акушерства и гинекологии № 1, ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия. E-mail: angelik-1986@mail.ru

Information about authors:

YELGINA Svetlana Ivanovna, docent, doctor of medical sciences, professor, department of obstetrics and gynecology N 1, Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia. E-mail: elginas.i@mail.ru

ZOLOTOREVSKAYA Olga Sergeevna, obstetrician-gynecologist, Clinical polyclinic № 20, Kemerovo, Russia. E-mail: halepa-o@yandex.ru

BUROVA Olga Sergeevna, 5th year student of the medical faculty, Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia. E-mail: burova.bur95@yandex.ru

MALINOVSKY Vladislav Alexandrovich, 5th year student of the medical faculty, Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia. E-mail: vladislav-9509@mail.ru

BEGLOVA Anzhelika Yurjevna, doctor obstetrician gynaecologist, post-graduate student, department of obstetrics and gynecology N 1, Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia. Email:angelik-1986@mail.ru

янии офисной гистероскопии на течение и исход заболевания в дальнейшем, однако возможность моментальной диагностики и лечения внутриматочной патологии для женщин в амбулаторных условиях без длительной госпитализации представляется перспективным.

ВЫВОДЫ

Таким образом, офисная гистероскопия является малоинвазивным, малотравматичным современным методом диагностики внутриматочной патологии. Позволяет сократить объём и сроки догоспитального обследования, а также необоснованное направление в стационар в случае ложноположительной патологии

эндометрия по данным УЗИ. Метод офисной гистероскопии пока занимает маленькую нишу в амбулаторной помощи, но полученные нами данные в условиях женской консультации дают основания для масштабного рутинного внедрения офисной гистероскопии в амбулаторную практику.

Информация о финансировании и конфликте интересов

Финансирующая организация ГБУЗ КО «Клиническая поликлиника № 20», г. Кемерово, за счет средств обязательного медицинского страхования.

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES:

1. Saveljeva GM, Breusenko VG, Kappusheva LM. Hysteroscopy: atlas and guideline. M.: GEOTAR-Media, 2013. 248 p. Russian (Савельева Г.М., Бреусенко В.Г., Каппушева Л.М. Гистероскопия: атлас и руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. 248 с.)
2. New EP, Sarkar P, Sappenfield E, Mikhail E, Plosker S, Imudia AN. Comparison of patients' reported pain following office hysteroscopy with and without endometrial biopsy: a prospective study. *Minerva Gynecol.* 2018 May 31. DOI: 10.23736/S0026-4784.18.04215-6.
3. Di Spiezo Sardo A, Calagna G, Santangelo F, Zizolfi B, Tanos V, Perino A, De Wilde RL. The Role of Hysteroscopy in the Diagnosis and Treatment of Adenomyosis. *Biomed Res Int.* 2017.
4. Pabuccu EG, Yalcin Э, Bodur T, Caglar GS, Pabuccu R. Impact of office hysteroscopy in repeated implantation failure: Experience of a single center. *J Turk Ger Gynecol Assoc.* 2016; 17(4): 197-200.
5. Wortman M. «See-and-Treat» Hysteroscopy in the Management of Endometrial Polyps. *Surg Technol Int.* 2016; 28: 177-184.
6. Capmas P, Pourcelot A-G, Giral E, Fedida D, Fernandez H. Office hysteroscopy: A report of 2402 cases. *J Gynecol Obstet Biol Reprod.* 2016; 4885(5): 415-524.
7. Marciniak A, Nawrocka-Rutkowska J, Wisniewska B, Szydłowska I, Brodowska A, Starczewski A. Role of office hysteroscopy in the diagnosis and treatment of uterine pathology. *Pol Merkur Lekarski.* 2015; 39(232): 251-253.
8. Connor M. New technologies and innovations in hysteroscopy. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2015; 29(7): 951-965.
9. Closon F, Tulandi T. Future research and developments in hysteroscopy. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2015; 29(7): 994-1000.
10. Torok P. Use of hysteroscopy at the office in gynecological practice. *Orv Hetil.* 2014; 155(40): 1589-1597.
11. Carabias P, Celades-Filella M, Zapardiel I, Alsina-Maqueda A, Genover-Llimona E. Experience and results of office hysteroscopy at a primary hospital. *Journal of Obstetrics and Gynaecology.* 2014; (1): 54-56.
12. Romani F, Guido M, Morciano A, Martinez D, Gaglione R, Lanzone A, Selvaggi L. The use of different size-hysteroscope in office hysteroscopy: our experience. *Arch Gynecol Obstet.* 2013; 288(6): 1355-1359.
13. Bar-On S, Ben-David A, Rattan G, Grisar D. Is outpatient hysteroscopy accurate for the diagnosis of endometrial pathology among perimenopausal and postmenopausal women? *Menopause.* 2018; 25(2): 160-164.
14. Cooper NA, Robinson LL, Clark TJ. Ambulatory hysteroscopy and its role in the management of abnormal uterine bleeding. *J Fam Plann Reprod Health Care.* 2015; 41(4): 284-291.
15. Maltseva LI, Yupatov EY. Office hysteroscopy – a novel technology in the outpatient practice of an obstetrician-gynecologist. *Practical medicine.* 2012; 5(60): 44-48. Russian (Мальцева Л.И., Юпатов Е.Ю. Офисная гистероскопия: новая технология в амбулаторной практике акушера-гинеколога // Практическая медицина. 2012. № 5(60). С. 44-48.)
16. Salazar CA, Isaacson KB. Office Operative Hysteroscopy: An Update. *J Minim Invasive Gynecol.* 2018; 25(2): 199-208.
17. Paulo AA, Solheiro MH, Paulo CO. Is pain better tolerated with mini-hysteroscopy than with conventional device? A systematic review and meta-analysis: hysteroscopy scope size and pain. *Arch Gynecol Obstet.* 2015; 292(5): 987-994.
18. Centini G, Troia L, Lazzeri L, Petraglia F, Luisi S. Modern operative hysteroscopy. *Minerva Gynecol.* 2016; 68(2): 126-132.
19. Order of the Ministry of Health of the Russian Federation of November 1, 2012. N 572n «On approval of the Order on delivery of health care services on the «obstetrics and gynecology» profile (except for the use of assisted reproductive technologies)». Russian (Приказ Минздрава России от 1 ноября 2012 № 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий).)
20. Serov VN, Sukhikh GT, Prilepskaya VN, Radzinsky VE. Guideline on outpatient care in obstetrics and gynecology. M.: GEOTAR-Media, 2016. 1136 p. Russian (Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии / под ред. В.Н. Серова, Г.Т. Сухих, В.Н. Прилепской, В.Е. Радзинского. 2-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. 1136 с.)
21. Saveljeva GM, Sukhikh GT, Serov VN, Radzinsky VE, Manukhin IB. Gynecology. National guideline. M.: GEOTAR-Media, 2017. 989 p. Russian (Национальное руководство по гинекологии / под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, В.Н. Серова, В.Е. Радзинского, И.Б. Манухина. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. 989 с.)
22. Ma T, Readman E, Hicks L, Porter J, Cameron M, Ellett L et al. Is outpatient hysteroscopy the new gold standard? Results from an 11-year prospective observational study. *Aust NZJ Obstet Gynaecol.* 2017; 57(1): 74-80.

