

© В.С. Корсак, О.И. Забелкина,
Э.В. Исакова, Э.Н. Попов

НИИ акушерства и гинекологии
им. Д.О.Отта РАМН, Санкт-Петербург;
Государственный медицинский
университет им. акад. И.П. Павлова,
кафедра акушерства и гинекологии,
Санкт-Петербург;
Международный Центр Репродуктивной
Медицины, Санкт-Петербург

ДИАГНОСТИКА ПАТОЛОГИИ ПОЛОСТИ МАТКИ У БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ ТРУБНО-ПЕРИТОНЕАЛЬНОЙ ФОРМОЙ БЕСПЛОДИЯ

■ У больных трубно-перитонеальным бесплодием проведены гистероскопия и гистологическое исследование эндометрия. Внутриматочная патология выявлена у 73,7 % больных. Анализ показал, что для корректной диагностики заболеваний полости матки необходимо сочетание использования гистероскопии и биопсии эндометрия.

■ **Ключевые слова:** гистероскопия, биопсия эндометрия, хронический эндометрит

В настоящее время гистероскопия рассматривается многими авторами в качестве «золотого стандарта» в диагностике внутриматочной патологии, так как позволяет не только визуально оценить состояние полости матки, устьев маточных труб, выявить врожденные пороки развития матки, но произвести прицельную биопсию эндометрия [1, 9, 11, 12]. Считается, что гистероскопия обладает большей информативностью, чем гистеросальпингография и ультразвуковое сканирование [3].

Вместе с тем, в литературе нет единства мнений в отношении возможностей гистероскопии в верификации патологии эндометрия и, в частности, хронического эндометрита (ХЭ). По мнению одних авторов, гистероскопия является достаточно надежным методом, позволяющим оптимизировать диагностику ХЭ [1, 4–6, 8]. С другой стороны, исследования Polesseni P. и соавторов [10] показали, что гистероскопия обладает низкой информативностью в выявлении данного заболевания и не может быть рекомендована для диагностики ХЭ.

Целью настоящей работы явилась оценка необходимости исследования полости матки и эндометрия у больных, страдающих трубно-перитонеальной формой бесплодия, и оценка возможностей гистероскопии в диагностике патологии эндометрия, в частности хронического эндометрита.

Материалы и методы исследования

Нами обследованы 133 пациентки с трубно-перитонеальным бесплодием, которые впервые обратились в отделение ВРТ НИИ акушерства и гинекологии им. Д.О. Отта РАМН в период с 1.10.2000 г. по 31.12.2002 г.

Всем больным проводилась гистероскопия и биопсия эндометрия, с последующим гистологическим исследованием полученного материала.

Гистероскопия и биопсия эндометрия выполнялись в среднюю стадию фазы пролиферации (7–11-й дни менструального цикла) по общепринятой методике.

В качестве гистероскопических критериев ХЭ были приняты следующие признаки: чередование участков утолщения эндометрия с резким истончением, неравномерная ярко-розовая или красная окраска слизистой, усиленный сосудистый рисунок. Именно эти критерии описаны в литературе, как типичные для ХЭ [1, 6].

Гистологические срезы изучали в световом микроскопе после окраски гематоксилином-эозином. Диагноз хронического эндометрита устанавливался по данным гистологического исследования [2, 8] при наличии:

Таблица 1

Характеристика состояния эндометрия у пациенток с трубно-перитонеальным бесплодием по данным гистероскопии и гистологического исследования

Диагноз	Гистероскопия, n	Гистология, n
Хронический эндометрит	51 (38,4 %)	91 (68,4 %)
Полип /Гиперплазия эндометрия	13 (9,8 %)	4 (3,0 %)
Гипоплазия эндометрия	-	1 (0,8 %)
Нормальный эндометрий	69 (51,9 %)	37 (27,8 %)
Всего	133 (100 %)	133 (100 %)

- воспалительной инфильтрации, состоящей преимущественно из лимфоидных элементов;
- плазматических клеток;
- фиброза стромы;
- склеротических изменений стенки спиральных артерий эндометрия.

На момент обследования ни у одной из пациенток не было выявлено отклонений от нормальных характеристик менструальной функции. У них также не было никаких жалоб или объективных симптомов, характерных для длительно вяло протекающего воспалительного процесса женской половой сферы, как и отклонений от нормальных показателей микробиоценоза в локусах нижнего этажа половой сферы.

Методы статистического анализа

Для оценки полученных данных производился расчет следующих показателей: чувствительность и специфичность метода, прогностическая значимость положительного теста, прогностическая значимость отрицательного теста. Величина каждого относительного показателя оценивалась с учетом доверительного интервала (ДИ)¹. Все расчеты выполнялись с использованием пакетов программы STATISTICA 6 (StatSoft, USA).

¹ ДИ – статистический показатель, позволяющий оценить, в каких пределах может находиться истинное значение параметра в популяции. ДИ 95 % означает, что истинное значение величины с вероятностью в 95 % лежит в его пределах. Если ДИ для ОР включает единицу – это означает, что эффект лечения статистически незначим [7].

Результаты исследования

При гистероскопии внутриматочная патология была обнаружена у 69 (51,9 %) больных, из них: аденомиоз выявлен у 3 (2,2 %) больных, перегородка в полости матки впервые обнаружена у 2 (1,5 %). Болезни, которые составили патологию собственно эндометрия, были диагностированы у 64 больных: хронический эндометрит, в том числе синехии в полости матки, – у 51 (38,4 %), полипоз/гиперплазия эндометрия – у 13 (9,8 %).

При гистологическом исследовании ХЭ диагностирован в 91 (68,4 %) случае, полипоз/гиперплазия и гипоплазия эндометрия – в 4 (3 %) и 1 (0,8 %) случаях соответственно; патологии эндометрия не обнаружено у 37 (27,8 %) пациенток (табл. 1).

В результате проведенных расчетов было установлено, что чувствительность гистероскопии в диагностике хронического эндометрита составила 46,2 % (95 % ДИ 35,6–56,9 %), специфичность – 78,6 % (95 % ДИ 63,2–89,7 %).

Вероятность получения ложноотрицательного диагноза ХЭ составила 53,8 %. Вероятность получения ложноположительного диагноза ХЭ – 17,5 %. Прогностическая значимость положительного теста, то есть шансы, что у пациентки действительно имелся ХЭ, – 82,5 % (95 % ДИ 69,1–91,6 %). Прогностическая значимость отрицательного теста, то есть шансы, что у пациентки действительно отсутствовал ХЭ, – 40,2 % (95% ДИ 29,6–51,7 %) (табл. 2).

Таблица 2

Результат	Здоровые (по данным биопсии эндометрия норма)	Больные (по данным биопсии ХЭ)	Всего
ХЭ при гистероскопии отсутствует	33 (Истинноотрицательный результат) A	49 (Ложноотрицательный результат) B	A + B = 82
ХЭ при гистероскопии имеется	C (Ложноположительный результат) 9	D (Истинноположительный результат) 42	C + D = 51
Всего	A + C = 42	B + D = 91	133

- чувствительность – частота положительных результатов при наличии болезни = $D/(B+D)$
- специфичность – частота отрицательного результата при отсутствии заболевания = $A/(A+C)$
- прогностичность положительного результата (predictive value) или прогностическая ценность метода - вероятность наличия заболевания при условии известного результата теста = $D/(C+D)$
- прогностичность отрицательного теста = $A/(A+B)$

Таблица 3

Результат	Здоровые (по данным биопсии эндометрия норма)	Больные (по данным биопсии гиперплазия/полип)	Всего
Гиперпл. процесс при гистероскопии отсутствует	118 (Истинноотрицательный результат) А	2 (Ложноотрицательный результат) В	A + B = 120
Гиперпл. процесс при гистероскопии имеется	С (Ложноположительный результат) 11	Д (Истинноположительный результат) 2	C + D = 13
Всего	A + C = 129	B + D = 4	133

Чувствительность метода в отношении гиперпластических процессов эндометрия составила 50 % (95 % ДИ 6,8–93,2 %), специфичность – 91,5 % (95 % ДИ 85,3–95,7 %). Вероятность получения ложноотрицательного диагноза равнялась 50 %, вероятность получения ложноположительного диагноза ХЭ – 8,5 %. Прогностическая значимость положительного и отрицательного теста составила 15,4 % (95 % ДИ 1,9–45,4 %) и 98,3 % (95 % ДИ 94,1–99,8) соответственно (табл. 3).

Обсуждение полученных результатов

При обследовании с помощью гистероскопии и гистологического исследования биоптата эндометрия 133 пациенток с трубно-перитонеальным бесплодием более чем у 2/3 (73,7 %) из них была выявлена внутриматочная патология. Доминирующей болезнью явился хронический эндометрит, частота которого составила, по данным гистологического исследования, 68,4 %. Среди обследованных больных с помощью гистероскопии удалось впервые диагностировать порок развития матки (перегородка в полости матки), аденомиоз и внутриматочные синехии. В ходе анализа была установлена относительно высокая специфичность гистероскопии (вероятность ложноположительного диагноза при ХЭ и гиперпластических процессах составила 17,5 % и 8,5 % соответственно) и высокая прогностическая значимость положительного теста в выявлении ХЭ (82,5 %). Полученные результаты позволяют рассматривать указанные диагностические исследования на этапе подготовки к ЭКО женщин с трубно-перитонеальной формой бесплодия, необходимые для корректной оценки состояния репродуктивной системы.

Вместе с тем проведенный анализ выявил, что более чем в половине случаев при наличии патологии эндометрия гистероскопия не позволяет ее обнаружить, что становится причиной ложноотрицательного заключения (чувствительность гистероскопии в диагностике хронического эндометрита

и гиперпластических процессов эндометрия составила 46,2 % (95 % ДИ 35,6–56,9 %) и 50 % (95 % ДИ 6,8–93,2 %) соответственно), поэтому для корректной диагностики патологии полости матки необходимо сочетанное использование гистероскопии и биопсии эндометрия.

Выводы

Проведенное исследование показало, что гистероскопия является информативным диагностическим методом в отношении внутриматочной патологии (пороки развития, синехии и т.п.). Гистероскопия не может рассматриваться как основной метод диагностики характера патологии эндометрия и хронического эндометрита в частности. Окончательный диагноз в отношении патологии эндометрия остается прерогативой гистологического исследования.

Внутриматочная патология: пороки развития, внутриматочные синехии, гиперпластические процессы и хронический эндометрит встречаются более чем у 2/3 больных, страдающих трубно-перитонеальной формой бесплодия, что является достаточно весомым аргументом для включения гистероскопии и гистологического исследования биоптата эндометрия в стандартный алгоритм обследования этой группы пациенток.

Литература

1. Зайнетдинова Л.Ф. Клинико-иммунологическое обоснование локального применения индуктора эндогенного интерферона альфа-полудана в комплексной терапии хронического эндометрита: Автореф. дис. ...канд. мед. наук. – Челябинск, 1999.
2. Казачкова Э.А. Введение лекарственных препаратов в слизистую оболочку матки при хронических неспецифических эндометритах: Автореф. дис. ... канд.мед.наук. – Киев, 1985.
3. Лисина О.Н. Внутриматочная патология у женщин с бесплодием: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1993.
4. Меззи Халед Бен Абдала. Клинико-микробиологические особенности и фаготерапия хронического неспецифического эндометрита: Автореф. дис. ... канд.мед.наук. – Пермь, 2003.
5. Подзолкова Н.М., Бархина Т.Г., Осадчев В.Б. и др. Роль панорамной и микрогистероскопии в диагностике хронического эндометрита //Российский вестник акушера-гинеколога. – 2004. – Т.4, № 6. – С. 41–45.

6. Попова Т.В. Клинико-иммунологические аспекты хронического эндометрита: Автореф. дис. канд. мед. наук. – Москва, 1990
7. Флетчер Р., Флетчер С., Вагнер Э. Клиническая эпидемиология. Основы доказательной медицины: Пер. с англ. – М.: МедиаСфера, 1998. – 347 с.
8. Луцишвили О.С. Клинико-диагностические аспекты хронического эндометрита: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Москва, 2001
9. Loverro G., Nappi L., Vicino M. et al. Uterine cavity assessment in infertile women: comparison of transvaginal sonography and hysteroscopy // Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. – 2001. – № 10; 100(1). – P. 67–71. № 80
10. Polisseni F., Bambirra E.A., Camargos A.F. Detection of chronic endometritis by diagnostic hysteroscopy in asymptomatic infertile patients // Gynecol Obstet Invest – 2003. № 55(4). – P. 205–210. № 77
11. Preutthipan S., Linasmita V. A prospective comparative study between hysterosalpingography and hysteroscopy in the detection of intrauterine pathology in patients with infertility // J Obstet Gynaecol Res. – 2003. – № 29(1). – P. 33–37. № 82
12. Revel A., Shushan A. Investigation of the infertile couple: hysteroscopy with endometrial biopsy is the gold standard investigation for abnormal uterine bleeding // Hum Reprod – 2002. – № 17(8). – P. 1947–1949. № 79

DIAGNOSTICS OF ENDOMETRIAL PATHOLOGY IN PATIENTS WITH TUBAL INFERTILITY

Korsak V.S., Zabelkina O.I., Isakova E.V., Popov E.N.

■ **Summary:** Diagnostic hysteroscopy and endometrial biopsy were performed on patients with tubal infertility. Intrauterine pathology were found in 73,7 % cases. Both procedures should be complementary to each other for correct diagnostics.

■ **Key words:** hysteroscopy; endometrial biopsy; chronic endometritis