

мальная величина ударного и минутного объемов сердца, нормальная величина ОПС или умеренное его повышение (на 12 %), артериальное давление во время термоабляции было в пределах нормы (не выше 120/70 мм рт.ст.), по окончании гистероскопии показатели не были нарушены. Во время гистерорезектоскопии наблюдалось более выраженное повышение ОПС – на 40 % по сравнению с исход-

ными данными (и нормой) и снижение ударного и минутного объемов сердца, что свидетельствовало о более выраженном спазме периферических сосудов, сохраняющемся и по окончании гистероскопии. У больных с исходной артериальной гипертензией во время термоабляции показатели артериального давления были нормальными, исходно повышенное ОПС находилось в нормальных пределах.

Шуршалина А.В., Корнеева И.Е., Феоктистов А.А.

ГУ Научный Центр акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН, Москва

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ГИСТЕРОСКОПИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ЭНДОМЕТРИТЕ

Гистероскопия занимает одно из ведущих мест среди современных методов диагностики в гинекологической практике. Визуализация полости матки позволяет выявить большой спектр внутриматочной патологии, оценить распространенность патологического процесса, а также производить удаление измененной ткани под гистероскопическим контролем.

Цель исследования: оценить диагностическую значимость гистероскопии при хроническом эндометрите.

Материалы и методы исследования. Ретроспективный анализ историй болезни женщин, поступивших в гинекологические отделения НЦ АГ и П РАМН с января 1994 г. по декабрь 2003 г.

Результаты. Всего у 842 пациенток с хроническим эндометритом было произведено 780 гистероскопий с последующим гистологическим исследованием соскоба эндометрия, подтвердившим диагноз. Гистероскопия по макроскопическим признакам позволила точно идентифицировать хронический эндометрит только в 32,9 %. Наиболее частыми признаками воспалительного процесса в эндометрии являлись: неравномерная толщина эндометрия – 31 %, неравномерная окраска – 22 %, полиповидные нарастания – 31,2 %, гиперемия слизистой оболочки – 12,8 %, точечные кровоизлияния – 8 %, очаговая гипертрофия слизистой оболочки – 8 %.

Внутриматочные синехии были выявлены в 12 % случаев, аденомиоз в 5,5 %, ВМС в 3,5 %, остатки костной ткани в 0,6 %, послеоперационные лигатуры в 0,38 %, пороки развития матки в 2 %, полипы цервикального канала в 1,8 %. Полипы эндометрия были диагностированы при гистероскопии в 31,2 % случаев, а гистологически подтверждены только в 15,5 % случаев. Гистероскопия при хроническом эндометрите не была информативна в 23,3 % случаях, когда никаких патологических изменений в эндометрии выявлено не было и состояние слизистой оболочки матки расценивалось как норма. В остальных 43,8 % случаев при визуализации полости матки были выявлены различные патологические изменения (полипы эндометрия, гиперплазия эндометрия, внутриматочные синехии), при этом признаков хронического эндометрита выявлено не было.

Заключение. Трудности гистероскопической интерпретации данных связаны с отсутствием типичных макроскопических признаков хронического эндометрита, с очаговым характером воспалительного процесса и стертыми формами заболевания. При подозрении на хронический эндометрит гистероскопия важна для исключения всего спектра внутриматочной патологии, но для верификации диагноза во всех случаях необходимо проведение гистологического исследования эндометрия.