

И.В. КЛЮЧАРОВ, А.А. ХАСАНОВ

Казанский государственный медицинский университет

УДК 618.514-072.1-089

Хирургическая микрогистероскопия при внутриматочных синехиях

Ключаров Игорь Валерьевич

кандидат медицинских наук, ассистент кафедры акушерства и гинекологии №1

420140, г. Казань, ул. Ломжинская, д. 2, кв. 94, тел. 8-917- 282-44-74, e-mail: klyucharoff@yandex.ru

Внутриматочные синехии являются одной из неразрешенных проблем гинекологии. Прогресс эндоскопии позволяет в настоящее время обойти узкие места традиционных технологий как инвазивность, необходимость анестезии, выполнение процедуры вслепую, травматичность в связи с использованием инструментов большого диаметра. Представлено клиническое наблюдение и краткий обзор современной литературы о тяжелой степени внутриматочных синехий – синдроме Ашермана.

Ключевые слова: хирургическая микрогистероскопия, внутриматочные синехии, синдром Ашермана, диагностика, лечение.

I.V. KLYUCHAROV, A.A. HASANOV

Kazan State Medical University

Surgical micro hysteroscopy at intrauterine adhesions

Intrauterine sinechiae is one of the unsolved problems of gynecology. Progress in a field of endoscopy gives possibility to overcome bottle neck of the traditional technologies like invasiveness anesthesia necessity, blindness of the procedure and usage of the big diameter instruments. A clinical case and literature review of the 3rd stage of the intrauterine sinechiae (Asherman's syndrome) is presented.

Keywords: surgical microhysteroscopy, intrauterine sinechiae, Asherman's syndrome, diagnosis, treatment.

В современной гинекологии вопросы диагностики и лечения внутриматочных синехий представляются проблемными [1, 2]. Самая тяжелая степень внутриматочных синехий, известная как синдром Ашермана, часто является результатом проведенных внутриматочных манипуляций, либо воспалительных процессов гениталий. Традиционно для лечения данной патологии рекомендовалась хирургическая гистероскопия, часто выполняемая гистерорезектоскопом – прибором, требующим анестезиологического сопровождения, расширения цервикального канала, использования крупных инструментов. Появление гистероскопов малого диаметра с наличием операционного канала и системой постоянной ирригации позволило сделать процедуру значительно менее инвазивной. В настоящее время хирургическая микрогистероскопия является методом выбора при лечении подобной патологии.

Клиническое наблюдение. Пациентка Н., 25 лет, поступила с диагнозом: Бесплодие вторичное, внутриматочные синехии 3 ст. (синдром Ашермана). Гипоменструальный син-

дром. Альгодисменорея. В анамнезе 2 медицинских аборта, осложнившиеся эндометритом, гистероскопия в сочетании с выскабливанием полости матки по поводу внутриматочных синехий. После полного информирования о сути хирургической микрогистероскопии, получения письменного согласия на проведение процедуры гистероскопии методом вагиноскопии без обезболивания, с помощью «Alphascope» (Johnson&Johnson) проведена диагностическая процедура, во время которой выявлено тотальное заращение полости матки до внутреннего зева. Учитывая желание пациентки, последующая часть операции проведена под в/в обезболиванием. С помощью механических инструментов диаметром 7 Fg и биполярных электродов «Twizzle» 5Fr Versapoint J&J проведено рассечение спаек до определяемых визуально границ полости матки. Дополнительный контроль границ вмешательства во время операции осуществлялся с помощью аппарата УЗИ. Длительность операции составила 40 минут. Расход 0,9% раствора хлорида натрия 2000,0 мл. Дефицит жидкости минимальный. Кровопотеря во время операции отсутствовала. Необходимость обезболивания

пациентка объяснила не болевыми ощущениями во время гистероскопии, а страхом ощущения боли. Результат морфологического исследования – соединительная ткань.

Впервые внутриматочные синехии были описаны в конце 19 века Heinrich Fritsch. Клинические проявления внутриматочных синехий разнообразны [3, 4]. Внутриматочные синехии могут быть представлены частичным или полным заращением полости матки. Терминология, которая может быть использована для описания подобных ситуаций, следующая: синдром Ашермана – относится к полной облитерации полости матки плюс аменорея, как основной симптом. Термин внутриматочные синехии (sinchiae – в переводе с греческого — слипание) должен использоваться при частичной облитерации полости матки. Клинические симптомы включают в основном проявления нарушений менструальной и репродуктивной функции: нерегулярные кровотечения, гипоменорея, вторичная дисменорея, аменорея. Субфертильность может быть объяснена как дефектами эндометрия, так и заращением устьев маточных труб. Внутриматочные синехии могут быть также причиной невынашивания беременности.

Эндометрий обладает уникальной способностью к регенерации функционального слоя во время менструального цикла. Различные факторы могут вызвать разрушение эндометрия вплоть до мышечного слоя. Подобное разрушение не может быть восстановлено, что приводит к формированию рубцовой ткани.

Причины развития внутриматочных синехий разнообразны [3, 4, 5]: механические и ятрогенные нарушения, патологические состояния эндометрия, идиопатические причины – при невозможности выявления причинных факторов. Спайки могут варьировать от мягких до очень плотных, с различной степенью соединительной ткани в составе.

Существует несколько классификаций внутриматочных синехий: О. Sugimoto (1978), С. March, R. Izrael (1981). С 1995 г. в Европе используется классификация, принятая Европейской ассоциацией гинекологов-эндоскопистов (ESH, 1989), с выделением 5 степеней внутриматочных синехий на основании данных гистерографии и гистероскопии в зависимости от состояния и протяженности синехий, окклюзии устьев маточных труб и степени повреждения эндометрия:

I степень. Тонкие или нежные синехий — легко разрушаются корпусом гистероскопа, области устьев маточных труб свободны.

II степень. Одиночная плотная синехия — соединяющая отдельные, изолированные области полости матки, обычно просматриваются устья обеих маточных труб, не могут быть разрушены только корпусом гистероскопа.

II а степень. Синехий только в области внутреннего зева, верхние отделы полости матки нормальные.

III степень. Множественные плотные синехий — соединяющие отдельные изолированные области полости матки, односторонняя облитерация области устьев маточных труб.

IV степень. Обширные плотные синехий с (частичной) окклюзией полости матки – устья обеих маточных труб частично закрыты.

Va степень. Обширное рубцевание и фибрирование эндометрия в сочетании с I или II степенью – с аменореей или явной гипоменореей.

Vb степень. Обширное рубцевание и фибрирование эндометрия в сочетании с III или IV степенью — с аменореей.

Синдром Ашермана соответствует III – IV степень по классификации ESH (1989). Диагностика основана на данных жалоб, анамнеза, соногистерографии и гистероскопии.

Основным методом лечения является операция адгезиолизиса [3]. В настоящее время доступно несколько технологий:

Рисунок 1.
Широкая, с преимущественным содержанием соединительной ткани, синехия полости матки



1) тупое разделение нежных спаек тубусом гистероскопа во время гистероскопии, 2) механическое разделение спаек ножницами, введенными в полость матки через операционный канал гистероскопа, 3) воздействие Иттрий-алюминиевым гранатовым лазером, введенным в полость матки через операционный канал гистероскопа, 4) монополярная или биполярная энергия, 5) гидролаваж, 6) внутриматочный катетер, 7) флюороскопическая техника. Особый интерес представляет использование офисной гистероскопии для диагностики и лечения данной патологии. Общий уровень осложнений достигает 7% и, в основном, представлен перфорациями [2, 3, 6]. В послеоперационном периоде для профилактики рецидива образования спаек используются адъювантная терапия эстрогенами в комбинации или без прогестинов, внутриматочные средства, внутриматочные катетеры, противоспаечные барьеры. Результаты лечения индивидуальны и зависят от степени тяжести внутриматочных синехий, этиологии и длительности заболевания, используемых технологий для лечения. Очень важно, чтобы во время адгезиолизиса была восстановлена полость матки в своих нормальных размерах и сохранены островки эндометрия, за счет которых происходит регенерация и заселение внутренней поверхности полости матки. Использование хирургической микрогистероскопии с микроинструментами и биполярной энергией в соответствии с концепцией «See and treat» [2, 3, 6] с использованием дополнительного УЗИ-контроля позволяет выполнять диагностику и бережное лечение внутриматочных синехий и синдрома Ашермана.

Литература

1. Климова И.П. Внутриматочная хирургия – значимый раздел оперативной эндоскопической гинекологии // Журнал акушерства и женских болезней. — 2006. — № 6. — С. 103-104.
2. Стрижаков А.Н., Давыдов А.И. Гистерорезектоскопия. — М.: Медицина, 1997. — 180 с.
3. Panayotidis C., Weyers S. Intrauterine adhesions (IUA): has there been progress in understanding and treatment over the last 20 years? // Gynecological surgery. — 2009. — Vol. 6, № 3. — P. 197-211.
4. Gambadauro P., Gudmundsson J., Torrejón R. Intrauterine Adhesions following Conservative Treatment of Uterine Fibroids // Obstet. Gynecol. Int. — 2012.
5. Gaya S.A., Adamu I.S., Yakasai I.A. et al.. Review of intrauterine adhesiolysis at the Aminu Kano Teaching Hospital, Kano, Nigeria // Ann. Afr. Med. — 2012. — Voll. 11, № 2. — P. 65-9.
6. Jones K. Ambulatory gynaecology: a new concept in the delivery of healthcare for women // Gynecological. Surgery. — 2006. — Vol. 3, № 3. — P. 153-156.