

А. Х. ФЕРМАНЯН

## ДИАГНОСТИКА СУБМУКОЗНЫХ УЗЛОВ И КРУПНЫХ ПОЛИПОВ С ПОМОЩЬЮ ГИСТЕРОСКОПИИ И ГИСТЕРОГРАФИИ

Автором применен новый метод—гистероскопия—для диагностики подслизистых миом и крупных полипов. Произведена также сравнительная оценка гистероскопии и гистерографии при диагностике этих патологических состояний матки.

Одним из важных преимуществ метода автор считает возможность удаления различных внутриматочных образований (полипы, небольшие подвижные субмукозные миоматозные узлы и т. д.), а также возможность его применения при обильных кровянистых выделениях из матки, когда гистерография противопоказана.

Миома матки—наиболее часто встречающаяся опухоль матки. По данным различных авторов [1, 2, 4—8, 16, 18], она наблюдается в 5—10% случаев у гинекологических больных.

По отношению ко всем миомам субмукозная миома встречается от 2,4 до 30,7% случаев [3, 5, 8, 10, 14, 15, 19].

Наиболее яркую клиническую картину дает миома при подслизистом ее расположении. Основным симптомом при этом является маточное кровотечение типа гиперполименореи и метроррагии. Однако диагностика этого вида патологии с помощью обычных гинекологических методов исследования, таких, как зондирование и выскабливание полости матки, затруднена. При наличии органических изменений в полости матки эти диагностические методы малоэффективны.

По некоторым литературным данным [13], субмукозные миомы не были выявлены при выскабливании матки у 39% больных. Ряд авторов [12] отмечает, что более чем у 40% больных при выскабливании матки не диагностируются крупные образования, такие, как миомы, полипы. Даже опытным хирургам не всегда удается обнаружить подслизистые миомы при зондировании и выскабливании матки [12]. По данным ряда авторов [20], из 40 больных с субмукозной миомой только у 9 она была заподозрена при выскабливании матки. Поэтому представляется интересным и важным изыскание новых методов диагностики различных патологических состояний матки, в частности, изменений слизистой оболочки и новообразований.

В последние годы появились сообщения [9] о возможности выявления различных патологических состояний матки с помощью нового метода—гистероскопии. Мы задались целью применить гистероскопию для диагностики подслизистых миом и крупных полипов, а также произвести сравнительную оценку гистероскопии и гистерографии при диагностике этих патологических состояний матки.

Нами были обследованы больные (71), поступившие в клинику с жалобами на обильные длительные маточные кровотечения, у которых не были обнаружены грубые анатомические изменения матки.

По возрасту больные распределялись следующим образом: 20—29 лет—2, 30—39 лет—22, 40—49 лет—39, 50—59 лет—8 больных. Основная часть больных приходится на возрастную группу 30—49 лет. По давности заболевания больные распределялись так: до 6 мес.—5, от 6 мес. до 2 лет—30, от 2 лет до 5—24, свыше 5 лет—12 женщин. Как видно из приведенных данных, большинство женщин болело от 2 до 5 лет. Жалобы у обследованных больных в основном сводились к следующему—обильные и длительные месячные (42), межменструальные кровянистые выделения (26), обильные болезненные менструации (5), ациклические кровотечения (8), головокружение, общая слабость (18), головные боли (9), боли внизу живота и в пояснице (35).

В анамнезе у обследованных больных имелись различные оперативные вмешательства: диагностическое выскабливание полости матки (33), консервативная миомэктомия (3), удаление кисты яичника (2), апоплексия яичника (1). Из приведенных данных видно, что у большего числа женщин произведено выскабливание полости матки.

Количество выскабливаний, произведенных по поводу различной гинекологической патологии, представляется в следующем виде:

а) дисфункция яичников—21 выскабливание у 12 больных, причем у 7—1 раз, у 2—2 раза, у 2—3 раза, у 1—4 раза; б) субмукозная миома матки—21 выскабливание у 15 больных, причем у 11 больных—1 раз, у 3—2 раза, у 1—4 раза; в) миома матки—16 выскабливаний, из них у 4 больных—1 раз, у 1 больной—12 раз; г) рак матки—у 1 больной—1 раз. Из 15 больных с субмукозными миомами только у 3 во время выскабливания было заподозрено наличие субмукозной миомы.

До поступления в клинику больные получали следующее лечение: симптоматическую терапию получали 29 женщин, из них с миомой матки 17, с дисфункцией яичников 9, с полипозом 3 женщины. Гормональную терапию получали 8 женщин, из них с миомой матки—3, с дисфункцией яичников—3, с полипозом—1, раком тела матки—1. Прогестин получали 7 женщин, из них с миомой матки—4, с дисфункцией яичников 2, с сальпингитом 1 женщина.

Нами произведена гистероскопия у 41, гистерография у 14, гистероскопия с гистерографией у 16 больных. Из 14 больных диагнозы, установленные при гистерографии, совпал с послеоперационным диагнозом у 11 больных. Гистероскопия произведена у 41 женщины, из них у 36 имело место совпадение с послеоперационным гистологическим диагнозом. Гистерография с гистероскопией была проведена у 16 больных, из них у 15 диагнозы при гистероскопии совпал с послеоперационным, в то время как при гистерографии совпадение имело место лишь в 13 случаях. Результаты гистероскопического обследования полости матки больных приведены в табл. 1.

Таблица 1

Объем матки, см <sup>3</sup>	6—8	9	
	8—10	30	
	10—12	16	
	12 и больше	2	
Длина по зонду, см	6—8	7	
	8—10	40	
	10—12	9	
	12 и больше	1	
Слизистая матки	тонкая	3	
	утолщенная	17	
	бледная	4	
	розовая	12	
Деформация матки		26	
Новообразование	цвет	бледно-розовый	18
		бледно-желтый	14
		багровый	3
	величина, см	1×1	5
		1×2	6
		2×2	5
		2×3	11
3×3 и больше		12	
подвижность	подвижные	12	
	неподвижные	23	

Рентгенологические изменения полости матки у обследованных больных представляют следующую картину (табл. 2).

Таблица 2

Число больных	Рентгенологические признаки					
	увеличение полости матки	деформация полости матки	крупные дефекты наполнения полости матки	неровные контуры полости матки	неравномерная интенсивность полости матки	расширение истмического отдела
30	10	15	15	3	1	4

Подавляющее большинство наблюдаемых нами больных подверглось оперативному лечению. Так, из 71 больной у 68 было применено то или иное оперативное вмешательство: надвлагалищная ампутация матки была произведена 32 женщинам; выскабливание полости матки—22; консервативная миомэктомия (через влагалище)—5; консервативная миомэктомия (абдоминальная)—3; экстирпация матки—3; удаление крупных полипов—3.

Только у 3 больных мы ограничились проведением консервативной медикаментозной терапии.

**Վ Ե Վ Ո Վ Յ**

1. Դիագնոստիկա բազմաբնույթի շարժառիթների, լոկալիզացիայի մեջ, ներկայացնում է զգալի դժվարություններ: Սակայն հիմնարկում և ընդհանուր գինեկոլոգիական հետազոտությունների միջոցով հասնում են ճշգրիտ և անկասկածաբար հիմնարկում և տվել է հիստերոսկոպիայի և հիստերոգրաֆիայի համեմատական գնահատականը՝ արգանդի այդ պարամետրիկ վիճակի ախտորոշման ժամանակ:

2. Դիագնոստիկա բազմաբնույթի շարժառիթների, լոկալիզացիայի մեջ, ներկայացնում է զգալի դժվարություններ: Սակայն հիմնարկում և ընդհանուր գինեկոլոգիական հետազոտությունների միջոցով հասնում են ճշգրիտ և անկասկածաբար հիմնարկում և տվել է հիստերոսկոպիայի և հիստերոգրաֆիայի համեմատական գնահատականը՝ արգանդի այդ պարամետրիկ վիճակի ախտորոշման ժամանակ:

3. Միջոցառումները հիստերոսկոպիայի միջոցով հասնում են ճշգրիտ և անկասկածաբար հիմնարկում և տվել է հիստերոսկոպիայի և հիստերոգրաֆիայի համեմատական գնահատականը՝ արգանդի այդ պարամետրիկ վիճակի ախտորոշման ժամանակ:

4. Սակայն հիմնարկում և ընդհանուր գինեկոլոգիական հետազոտությունների միջոցով հասնում են ճշգրիտ և անկասկածաբար հիմնարկում և տվել է հիստերոսկոպիայի և հիստերոգրաֆիայի համեմատական գնահատականը՝ արգանդի այդ պարամետրիկ վիճակի ախտորոշման ժամանակ:

5. Սակայն հիմնարկում և ընդհանուր գինեկոլոգիական հետազոտությունների միջոցով հասնում են ճշգրիտ և անկասկածաբար հիմնարկում և տվել է հիստերոսկոպիայի և հիստերոգրաֆիայի համեմատական գնահատականը՝ արգանդի այդ պարամետրիկ վիճակի ախտորոշման ժամանակ:

6. Սակայն հիմնարկում և ընդհանուր գինեկոլոգիական հետազոտությունների միջոցով հասնում են ճշգրիտ և անկասկածաբար հիմնարկում և տվել է հիստերոսկոպիայի և հիստերոգրաֆիայի համեմատական գնահատականը՝ արգանդի այդ պարամետրիկ վիճակի ախտորոշման ժամանակ:

Կաթողիկոսության և  
գինեկոլոգիայի

Ստացվել է 22/12 1973 թ.

Երևանի բժշկական ինստիտուտի

**Ա. Խ. ՅԵՐՄԱՆՅԱՆ**

**ԵՐԵՎԱՆԻ ԲՆԱԿԱՆԱԿԱՆ ԿՆՈՒՆԻՔԻ ԵՎ ԿՐԱՆՅԱՆ ՓՈԼԻՓՈՎԻ ԵՎ ԳԻՆԵԿՈԼՈԳԻԱԿԱՆ ՀԵՏԱԶՈՏՈՒՄՆԵՐԻ ԵՎ ԴԻԱԳՆՈՍՏԻԿԱԿԱՆ ՀԵՏԱԶՈՏՈՒՄՆԵՐԻ ԵՎ ԿՐԱՆՅԱՆ ՓՈԼԻՓՈՎԻ ՕԳՆՈՒԹՅԱՄԲ**

**Ա մ փ ո փ ո լ ի**

Հեղինակը կիրառել է նոր մեթոդ՝ հիստերոսկոպիայի օգնությամբ ենթարծային միոմայի հանգույցների և խոշոր պոլիպների ախտորոշման համար և տվել է հիստերոսկոպիայի և հիստերոգրաֆիայի համեմատական գնահատականը՝ արգանդի այդ պարամետրիկ վիճակի ախտորոշման ժամանակ:

Քննված են 71 հիվանդ առատ ու երկարատև արգանդային արյունահոսության զանգատներով, արգանդի ոչ կոպիտ անատոմիական փոփոխություններով:

Հիստերոսկոպիան անց է կացված 57 հիվանդի մոտ, որոնցից 16-ի մոտ՝ հիստերոգրաֆիայի հետ միասին: Այդ խմբում 51 հիվանդի մոտ ախտորոշման համարները է հետազոտվում ախտորոշման հետ:

Հեղինակը այդ մեթոդի փարևոր առավելություններից մեկը համարում է տարբեր ներարգանդային գոյացումների (պոլիպների, փոքր շարժվող ենթալորձային միոմայի հանգույցների և այլն) հեռացման հնարավորությունը և այդ մեթոդի օգտագործումը արգանդից առատ արյունային արտադրության ժամանակ, երբ հիստերոգրաֆիան հակացուցված է:

#### Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Александров М. С. Хирургическое лечение фибромиом матки. М., 1958.
2. Василевская Л. Н. Клиника и некоторые вопросы морфо- и патогенеза миом матки. Докт. дисс. М., 1971.
3. Вихляева Е. М. Труды I Мос. мед. института им. И. М. Сеченова, т. 70. М., 1970, стр. 33.
4. Добротин С. С., Добротина А. Ф. В кн.: Вопросы охраны здоровья женщины, матери и новорожденного, т. I. Горький, 1960, стр. 147.
5. Кабзан Н. Е. Материалы III научн. конф. молодых ученых Ташкентского мед. института. Ташкент, 1968, стр. 142.
6. Клеицкий М. С. Миома матки. Алма-Ата, 1966.
7. Кузнецов В. А. Сов. медицина, 1961, 12, стр. 70.
8. Матюшина А. К. Труды Горьковского мед. института, т. 28. Горький, 1969, стр. 224.
9. Персианинов Л. С., Побединский Н. М., Волобуев А. И. Акушерство и гинекология, 1970, 2, стр. 3.
10. Чернецова Е. С. Акушерство и гинекология, 1955, 3, стр. 59.
11. Englund S., Ingelman-Sundberg A., Westin B. Gynaecologia, 1957, 143, 3. 217.
12. Erikson S., Iedberg H. Acta Obst. Gynec. Scand., 1947, 27, 4. 367.
13. Kochano S., Sahwarz Z. J. Obst. Gynec. Brit. Cwlth., 1961, 68, 2, 320.
14. Krokfors E. Acta Obst. Gynec. Scand., 1960, suppl. 1.
15. Laitinen O. Acta Obst. Gynec. Scand., 1964, 42, 4, 383.
16. Novak E. R. Clin. Obstet. Gynaec., 1958, 1, стр. 421.
17. Rosario Y. P. J. Obst. Gynec. Ind., 1968, 18, 1, 101.
18. Rubin I. C. Clinic. Obst. Gynaec., 1958, 1, 501.
19. Trapp E. Myom und Sterilitat. Diss. Jena, 1939.
20. Zelgerman J. H., Valdes-Depana A. M., Fetting L. Am. J. Obst. Gynec., 1957, 73, 6, 1286.