

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОК С СЕРОЗОМЕТРОЙ В ПОСТМЕНОПАУЗЕ

М. С. Селихова, С. В. Вдовин, С. Б. Панкратов, М. В. Михайловская

*Волгоградский государственный медицинский университет,
кафедра акушерства и гинекологии*

Проведен анализ историй болезней гинекологических отделений г. Волгограда за 2013–2015 г. Результаты исследования свидетельствуют, что серозометра в 82,4 % случаев не сопровождается патологией эндометрия, таким образом появление жидкости в полости матки при УЗИ гениталий не всегда является показанием к обязательному оперативному вмешательству – гистероскопии. При выявлении серозометры целесообразно динамическое наблюдение, после чего следует решать вопрос о необходимости гистероскопии.

Ключевые слова: серозометра, гистероскопия, постменопауза, полип эндометрия, аденокарцинома, перфорация матки, атрофия эндометрия, синехии полости матки.

DOI 10.19163/1994-9480-2017-4(64)-18-20

TACTICS OF CARE OF PATIENTS WITH SURROSOMETRA IN POSTMANOPOUSE

M. S. Selihova, S. V. Vdovin, S. B. Pankratov, M. V. Michaylovskya

*The Volgograd State Medical University,
Department of Obstetrics and Gynecology*

Conducted a retrospective analysis of case histories of gynecological departments in Volgograd for 2013–2014. It was found that the appearance of the liquid in the uterus during ultrasound genitals – not an indication for surgical intervention mandatory – hysteroscopy. In this case, further examination, dynamic monitoring, and only after this decision on the need for hysteroscopy. Serozometra in 82,4 % of cases is not accompanied by endometrial pathology, and is an independent US-sign.

Key words: serozometra, hysteroscopy, postmenopause, endometrial polyp, adenocarcinoma, uterine perforation, atrophy of endometrial, adhesions of the uterus.

На современном этапе развития медицины неинвазивные методы диагностики внутриматочной патологии, такое как УЗИ органов малого таза, являются одним из начальных этапов постановки диагноза, а также определяющим фактором для определений показаний к выполнению гистероскопии [1, 2]. Особенно важен метод УЗИ гениталий в период постменопаузы. Период постменопаузы является наиболее опасным в плане развития онкологических процессов гениталий, диагностика которых имеет большое практическое значение [3, 4]. Негативные последствия имеют как несвоевременно проведенная диагностика, так и гипердиагностика, которая ведет к необоснованным внутриматочным вмешательствам. Последние годы все чаще гинекологи встречаются с диагнозом «серозометра», на основании чего пациентка направляется в стационар для выполнения гистероскопии. Анализ литературы демонстрирует противоречивые мнения, как в отношении природы появления жидкости в полости матки, так и о прогностической значимости этого явления. Ряд авторов указывают на повышение риска злокачественных процессов в малом тазу при обнаружении жидкости в полости матки [5]. Некоторые исследователи, связывают скопление внутриматочной жидкости с доброкачественной внутриматочной патологией [6]. Другие исследователи расценивают появление жидкости в полости матки в период постменопаузы как вариант нормы, связывая ее с окклюзией цервикального канала [7].

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Оценить прогностическую значимость определения при ультразвуковом исследовании жидкости в полости матки для выработки рациональной тактики ведения пациенток в постменопаузальном периоде.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Для достижения поставленной цели были обследованы 27 пациенток, направленных для выполнения гистероскопии в плановом порядке с диагнозом «серозометра» в гинекологические отделения г. Волгограда за период 2013–2015 гг. Оценивались факторы риска развития заболеваний гениталий с учетом длительности менопаузы, технические особенности гистероскопии в постменопаузальном возрасте, риск осложнений после манипуляции, фармакологическая нагрузка. Всем пациенткам после выполнения гистероскопий проводилось гистологическое исследование полученного материала.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты исследования свидетельствуют, что возраст больных колебался от 53 до 73 лет и в среднем составил $62,8 \pm 1,8$. Все пациентки человек были в периоде менопаузы. Причем длительность менопаузы составила от 2 до 19 лет в среднем $11,9 \pm 2,7$. Таким образом, среди пациенток, которым выставлялся диагноз «серозометра» и выполнялась гистероскопия, не было ни одной женщины репродуктивного или пе-

рименопаузального возраста. Минимальный срок менопаузы составил 2 года.

Обращает на себя внимание тот факт, что несмотря на средний возраст обследованных более шестидесяти лет, 40 % из них продолжают работать.

Анализ менструальной функции в репродуктивном возрасте у обследованных пациенток показал, что ее нарушения были выявлены у 52,9 %. Возможно, одним из факторов нарушений менструального цикла была высокая частота прерываний беременности по желанию у пациенток исследуемой группы, 82,4 % пациенток имели в анамнезе медицинские аборт. Причем у каждой третьей (30 %) пациентки было более 2 абортов. Среднее количество абортов на одну пациентку составило $2,1 \pm 0,3$ (от 1 до 10). Количество родов в анамнезе у пациенток колебалось от 1 до 4 и в среднем составило $1,8 \pm 0,2$.

Самопроизвольное прерывание беременности, в том числе замершее, имели в анамнезе 23,52 % обследуемых женщин. Данные по соотношению родов, прервавшихся беременностей и медицинских абортов представлены на рис.

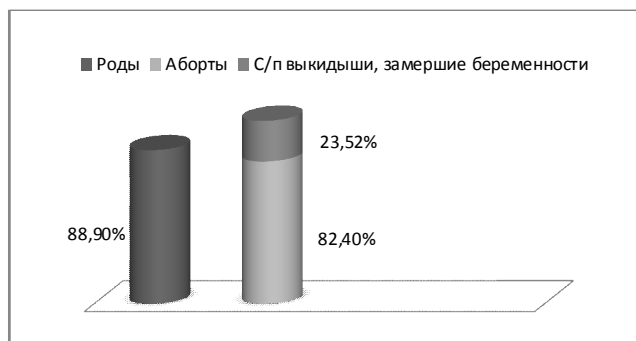


Рис. Соотношение процента родов, абортов и самопроизвольных выкидышей у пациенток исследуемой группы

Всем пациенткам диагноз серозометра был поставлен на основании данных УЗИ малого таза, которое проводилось с профилактической целью. Данный диагноз был выявлен впервые, при этом какие-либо жалобы у пациенток отсутствовали. У большинства (81,8 %) пациенток гистероскопия выполнялась впервые, повторное внутриматочное вмешательство в виде гистероскопии было у 18,2 %.

Единственным показанием для госпитализации и выполнения гистероскопии серозометра была у 82,4 %. Только у 2 пациенток был выявлен также полип (1 – полип эндометрия, 1 – цервикального канала) и у 2 – гиперплазия эндометрия.

Длительность гистероскопии в среднем составила $(16,76 \pm 0,9)$ мин (от 10 до 30 мин), объем кровопотери $29,85 \pm 2,1$ (от 10 до 80 мл.). Учитывая возраст и длительность менопаузы более 10 лет, у большинства пациенток выполнение гистероскопии было сопряжено с определенными техническими трудно-

стями в связи с инволютивными процессами в матке. Так, перфорация матки является крайне редким осложнением при выполнении гистероскопии в репродуктивном возрасте, однако у одной пациентки (3,70 %) данной исследуемой группы операция была осложнена перфорацией матки.

Всем пациенткам проводилась профилактика инфекционных осложнений путем внутривенного введения антибиотика (цефалоспорины 3-го поколения) за 30 минут до операции. В послеоперационном периоде всем назначались гемостатики (этамзилат натрия 12,5 % – 2,0 2 р/д в/м). Дополнительно 18,2 % пациенток с высоким риском развития инфекционных осложнений получали курс антибактериальной терапии (цефтриаксон 1,0 1/2 р/д в/м – 4 дня, амикацин 1,5 – 1 р/д в/м – 3 дня).

По данным историй болезней у 88,2 % пациенток послеоперационный период протекал без осложнений. Длительность пребывания в стационаре была от 2 до 7 дней, средний койко-день составил $(4,18 \pm 0,1)$ койко-дня.

Результаты гистологических исследований представлены в табл.

Результаты гистологического исследования у пациенток с диагнозом «серозометра»

Гистологический диагноз	Абсолютное число, $n = 27$	%
Синехии полости матки	17	62,9
Атрофия эндометрия	7	25,93
Железисто-фиброзный полип эндометрия	1	3,70
Полип цервикального канала	1	3,70
Аденокарцинома	1	3,70

Данные гистологического исследования подтвердили диагноз полип, из двух пациенток с гиперплазией у одной пациентки диагностирована атрофия эндометрия, а у второй пациентки с гиперплазией эндометрия выявлена аденокарцинома. Ни у одной из пациенток с изолированной серозометрой злокачественного процесса эндометрия не было выявлено.

В настоящее время отмечается неуклонная тенденция к увеличению средней продолжительности жизни женщин, которая в развитых странах составляет 75–80 лет. При этом возраст наступления менопаузы остается в среднем 49–52 года. Таким образом, почти треть жизни женщины приходится на период постменопаузы. В постменопаузе, когда у женщины наблюдаются возрастные изменения, связанные с угасанием репродуктивной функции, гормональным дефицитом гормонов. Из-за снижения выработки эстрогенов и прогестерона начинается постепенная атрофия слизистой оболочки матки. Атрофия эндометрия нередко сопровождается появлением синехий – внутриматочных сращений, что является возрастной нормой. Также иногда атрофичный эндометрий может приводить к скудным

кровомазаниям – для данного периода это является также вариантом нормы. Таким образом, при появлении скудных кровомазаний и нормальных значений ЭХО-картины при УЗИ-гениталий, или появлении серозометры, необходимо дифференцированно подходить к необходимости выполнения внутриматочных вмешательств. Каждое внутриматочное вмешательство в постменопаузальном периоде на атрофичном эндометрии приводит к нарушению базального слоя эндометрия, что может привести к повышению риска кровотечения, развития инфекционных осложнений, перфорации матки.

Диагноза «серозометры» по международной классификации болезней МКБ-10 не существует. Результаты проведенного исследования свидетельствуют, что большинство женщин с серозометрой не имеют никаких жалоб. Все они поступали в стационар для выполнения гистероскопии с раздельным диагностическим выскабливанием только на основании данных УЗИ малого таза (жидкость в полости матки). Данные гистологического исследования указывают на низкую диагностическую ценность ультразвуковых признаков серозометры для своевременного выявления патологии эндометрия в постменопаузальном периоде. Ни в одном случае изолированной серозометры заболеваний выявлено не было. В то же время выполнение внутриматочного вмешательства на фоне атрофичного эндометрия следует признать нецелесообразным, так как несет ряд негативных последствий для пациентки. Кроме того, это сопряжено с неоправданной госпитализацией и необоснованной фармакологической нагрузкой.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Серозометра не является самостоятельной гинекологической патологией, а лишь отражает определенные изменения в полости матки, фиксированные при ультразвуковом исследовании.

2. Выявление серозометры при ультразвуковом исследовании при отсутствии каких-либо клинических проявлений требует наблюдения за данной пациенткой с повторным ультразвуковым исследованием.

3. Показанием к гистероскопии у женщин в постменопаузе может служить сочетание серозометры с гиперплазией эндо- и или миометрия, полипом эндометрия или цервикального канала, наличие факторов высокого риска по развитию злокачественных новообразований гениталий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гинекология: Национальное руководство / Под ред. В.И. Кулакова и др. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.
2. Капушева Л.М., Комарова С.В., Ибрагимова З.А. и др. Выбор метода терапии гиперплазии эндометрия в перименопаузе // Акушерство и гинекология. – 2005. – № 6. – С. 37–42.
3. Новикова Е.Г., Саркисов С.Э., Пронин С.М. и др. Эндоскопия в лечении начального рака эндометрия // Вопросы онкологии. – 2005. – № 4/5. – С. 583–587.
4. Сметник В.П., Тумилович Л.Г. Неоперативная гинекология: Руководство для врачей. – М.: МИА, 2005. – 632 с.
5. Шилина Е.А., Голова Ю.А., Брусенко В.Г. и др. Применение новых технологий для лечения больных с гиперпластическими процессами в эндометрии в период постменопаузы // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2004. – № 5. – С. 74–77.
6. Brun J.L., Descat E., Boubli B. et al. Endometrial hyperplasia: a review // Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. – 2006. – Vol. 35. – P. 542–550.
7. Makris N., Kalmantis K., Skartados N. et al. Three-dimensional hysterosonography versus hysteroscopy for the detection of intracavitary uterine abnormalities // Int. J. Gynecol. Obstet. – 2007. – Vol. 97. – P. 6–9.

REFERENCES

1. Kulakov V.I. (ed.) Ginekologija: Nacional'noe rukovodstvo [Gynecology: National leadership]. Moscow: GJeOTAR-Media Publ., 2011.
2. Kapusheva L.M., Komarova S.V., Ibragimova Z.A. et al. Vybór metoda terapii giperplazii jendometrija v perimenopauze [The choice of the method of therapy of endometrial hyperplasia in perimenopause]. *Akusherstvo i ginekologija* [Obstetrics and gynecology], 2005, no. 6, pp. 37–42. (In Russ., Abstr. in Engl.)
3. Novikova E.G., Sarkisov S.Je., Pronin S.M. i dr. Jendohirurgija v lechenii nachal'nogo raka jendometrija [Endosurgery in the treatment of initial endometrial cancer]. *Voprosy onkologii* [Oncology issues], 2005, no. 4/5, pp. 583–587. (In Russ., Abstr. in Engl.)
4. Smetnik V.P., Tumilovich L.G. Neoperativnaja Ginekologija: Rukovodstvo dlja vrachej [Non-Operative Gynecology: A Guide for Physicians]. Moscow: MIA Publ., 2005. 632 p.
5. Shilina E.A., Golova Ju.A., Brusenko V.G. i dr. Primenenie novyh tehnologij dlja lechenija bol'nyh s giperplasticheskim processami v jendometrii v period postmenopauzy [The use of new technologies for the treatment of patients with hyperplastic processes in the endometrium during the postmenopause]. *Rossijskij vestnik akushera-ginekologa* [The Russian bulletin of the obstetrician-gynecologist], 2004, no. 5, pp. 74–77. (In Russ., Abstr. in Engl.)
6. Brun J.L., Descat E., Boubli B. et al. Endometrial hyperplasia: a review. *Gynecol. Obstet. Biol. Reprod.*, 2006, Vol. 35, pp. 542–550.
7. Makris N., Kalmantis K., Skartados N. et al. Three-dimensional hysterosonography versus hysteroscopy for the detection of intracavitary uterine abnormalities. *Int. J. Gynecol. Obstet.*, 2007, Vol. 97, pp. 6–9.

Контактная информация

Михайловская Мария Васильевна – аспирант кафедры акушерства и гинекологии, Волгоградский государственный медицинский университет, e-mail: marusya-kalakina@mail.ru