

# ВНУТРИМАТОЧНАЯ ПАТОЛОГИЯ

**Клиника, гистероскопическая  
диагностика и лечение**

*Под редакцией проф. Е.Б.Рудаковой*

*Учебно-методическое пособие*

*Рекомендовано к изданию  
Центральным координационным методическим советом  
Омской государственной медицинской академии*

*3-е издание*



Москва  
«МЕДпресс-информ»  
2014

УДК 618.14:681.784.8

ББК 57.15:53.4

В60

*Все права защищены. Никакая часть данной книги не может быть воспроизведена в любой форме и любыми средствами без письменного разрешения владельцев авторских прав.*

*Авторы и издательство приложили все усилия, чтобы обеспечить точность приведенных в данной книге показаний, побочных реакций, рекомендуемых доз лекарств. Однако эти сведения могут изменяться.*

*Внимательно изучайте сопроводительные инструкции изготовителя по применению лекарственных средств.*

*Книга предназначена для медицинских работников.*

*Авторы:*

**Е.Б.Рудакова** – заведующая кафедрой акушерства и гинекологии №2 Омской государственной медицинской академии, д.м.н., профессор, с 08.2011 г. руководитель отделения ВРТ Московского областного перинатального центра, заслуженный врач РФ

**Т.Ю.Куриленко** – ассистент кафедры акушерства и гинекологии №2 Омской государственной медицинской академии, к.м.н.

**В.В.Давыдов** – врач акушер-гинеколог высшей категории, сотрудник клиники «Евромед», г. Омск

**П.В.Давыдов** – аспирант кафедры акушерства и гинекологии №2 Омской государственной медицинской академии

*Рецензенты:*

**В.Б.Цхай** – заведующий кафедрой акушерства и гинекологии Красноярского государственного медицинского университета, д.м.н., профессор

**Т.А.Обоскалова** – заведующая кафедрой акушерства и гинекологии Уральской государственной медицинской академии, д.м.н., профессор

**Внутриматочная патология: клиника, гистероскопическая диагностика и лечение** : учебно-метод. пособие / под ред. проф. Е.Б.Рудаковой. – 3-е изд. – М. : МЕДпресс-информ, 2014. – 80 с. : ил.

ISBN 978-5-00030-078-7

В предлагаемом учебно-методическом пособии использованы как данные источников литературы, так и собственный опыт авторов. Все микрофотографии выполнены авторами.

Предназначено для врачей акушеров-гинекологов, интернов и клинических ординаторов.

УДК 618.14:681.784.8

ББК 57.15:53.4

ISBN 978-5-00030-078-7

© Оформление, оригинал-макет.  
Издательство «МЕДпресс-информ», 2011

---

## ОГЛАВЛЕНИЕ

---

Введение .....	4
<b>Глава 1.</b> Гистероскопия: показания, противопоказания, подготовка к исследованию, аппаратура, методики проведения .....	7
<b>Глава 2.</b> Гистероскопическая картина в норме .....	16
<b>Глава 3.</b> Варианты гистероскопической картины при внутриматочной патологии .....	19
<b>Глава 4.</b> Лечение основных форм внутриматочной патологии .....	50
Вопросы для самоконтроля .....	61
Ситуационные задачи .....	65
Литература .....	70

---

## ВВЕДЕНИЕ

---

Внутриматочная патология – понятие собирательное и включает в себя заболевания, отличающиеся по этиологии и патогенезу: миома матки с субмукозным и центрипетальным ростом, аденомиоз, хронический эндометрит, гиперпластические процессы эндометрия и др.

Эти заболевания могут возникать в различные возрастные периоды жизни женщин, характеризуются разнообразием данных анамнеза, жалоб и клинических проявлений. Объединяет все эти гинекологические заболевания то, что одним из ведущих современных методов диагностики патологического процесса является *гистероскопия*.

История развития гистероскопии берет свое начало в конце XVIII – начале XIX века в Германии с изобретением P.Bozzini набора зажимов для вправления выпавшей из матки пуповины плода и устройства для осмотра внутренних полостей организма человека. Прибор был выполнен в виде полой металлической трубки, сделанной из олова, в центре которой размещалась восковая свеча – это был прародитель современного эндоскопа. В 1869 г. D.C.Pantaleoni при помощи прибора, похожего на цистоскоп, впервые произвел гистероскопию у 60-летней женщины. Ему удалось обнаружить полиповидное разрастание, которое являлось источником маточного кровотечения. В 1895 г. E.Vumm на Венском конгрессе гинекологов доложил о результатах осмотра полости матки при помощи уретроскопа. Освещение обеспечивалось световым рефлектором и лобным зеркалом. E.Vumm доказал, что с помощью подобной конструкции можно диагностировать изменения в эндометрии, грануляции, язвы, полиповидные разрастания. Таким образом, в это время активно развивалась практика гистероскопии, но главной проблемой было отсутствие методики эвакуации крови из полости матки.

В начале XX в. исследования в области гистероскопии продолжались, и в 1908 г. S.David разработал инструменты, способствующие атравматичному расширению цервикального канала, и модифицировал эндоскоп, разместив в дистальном отделе тубуса стеклянный кристалл с лампой накаливания. В 1914 г. A.Heineberg предложил использовать промывную систему для удаления крови из полости матки во время гистероскопии. В 1925 г. J.C.Rubin первым применил углекислый газ в качестве среды растяжения полости матки и обосновал его преимущества: постоянное давление газа, инсуффлируемого в полость матки, обеспечивает длительное и адекватное растяжение полости матки; углекислый газ быстро резорбируется и не оказывает повреждающего воздействия на ткани. Однако при попадании газа в брюшную полость у пациенток возникали болевые ощущения.

В 1927 г. была проведена биопсия эндометрия под контролем гистероскопии немецкими врачами F.Mikulicz-Radecki и A.Freund. В том же году в эксперименте на животных F.Miculicz-Radecki впервые произвел электрокоагуляцию устьев маточных труб с целью стерилизации. В 1930-х годах в качестве среды для растяжения полости матки был использован изотонический раствор натрия хлорида (Б.И.Литвак, Е.Я.Ставская и Д.А.Кончий). F.Mikulicz-Radecki и A.Freund применяли гистероскопию для выявления остатков плодного яйца и диагностики послеродового эндометрита. Авторы выпустили атлас о применении гистероскопии в акушерстве. В 1949 г. W.Norment первым предложил использовать для растяжения полости матки прозрачный шар, заполняемый воздухом. Шар внутри полости матки расправлялся соответственно ее форме, отграничивая телескопическую оптическую систему от крови и слизи. Но автор не смог добиться значительного улучшения обзора и вынужден был отказаться от этой методики.

Вторая половина XX в. оказалась не менее продуктивной в области гистероскопии – работа в этой сфере продолжалась достаточно активно. В 1962 г. T.Silander модернизировал идею W.Norment о наполняемом воздухом шаре. Для растяжения баллона из тонкой латексной резины он использовал физиологический раствор. Гистероскоп T.Silander состоял из двух трубок – внутренней (оптической) и наружной (для инстилляции жидкости). На дистальном конце наружной трубки были укреплены осветительная лампочка и баллон из тонкой латексной резины. Меняя давление в баллоне и используя определенную подвижность гистероскопа, можно было детально осмотреть внутреннюю поверхность матки.

В 1965 г. V.Marleschki предложил контактную гистероскопию с помощью эндоскопа, который отличался малым диаметром (5 мм), благодаря чему не требовалось расширения цервикального канала для введения прибора в полость матки, а многократное увеличение оптической системы телескопа ( $\times 12,5$ ) позволяло визуализировать сосудистый рисунок эндометрия, что позволяло дифференцировать характер патологической трансформации слизистой оболочки эндометрия.

Прорывом в гистероскопии было внедрение в медицинскую практику фиброволоконной оптики и жесткой оптики с системой воздушных линз. Преимущества использования оптического волокна: во-первых, фиброволокно обеспечивает адекватную освещенность объекта в сочетании с высокой четкостью изображения; во-вторых, волоконные световоды являются источником «холодного света», т.е. угроза ожога слизистой оболочки сводится к минимуму, а это частая проблема при применении телескопов с лампами; в-третьих, при обследовании пациента практически исключена возможность его поражения электрическим током.

В начале 1970-х годов H.Lindemann опубликовал серию работ, посвященных применению углекислого газа для растяжения полости матки во время гистероскопии. Ученый рассчитал, что оптимальное внутриполостное давление, требуемое для расширения полости матки во время гистероскопии, должно составлять 200 мм рт.ст., и сконструировал специальный адаптер

(шеечный колпачок) для вакуумной фиксации к шейке матки, который сводит к нулю потерю газа через шеечный канал.

Достаточно широко для растяжения полости матки применяют жидкие среды: изотонический раствор хлорида натрия (Sugimoto O. et al., 1975), 5% раствор глюкозы (Quinones-Guerrero R., 1972), 30% раствор декстрана (Савельева Г.М. и др., 1976; Endstrom K. et al., 1970).

Стерилизацию женщин с помощью гистероскопии методом электрокоагуляции устьев маточных труб осуществили Н.Непп, Н.Ролл (1974), R.F.Valle и J.J.Sciarra (1974), Н.Л.Линдемман и соавт. (1976). Но в 35,5% случаев стерилизация оказалась неэффективной, у 3,2% женщин возникли серьезные осложнения (перфорация матки, ранение кишечника, перитонит). Поэтому в 1980 г. R.S.Neuwirth, усовершенствовав гистероскопическую стерилизацию, предложил введение метилцианакрилатного клея в устье маточных труб, что позволяло избежать таких серьезных осложнений.

Особого внимания заслуживает микрогистероскоп, разработанный J.Намоу в 1979 г., который имел следующие параметры: длина – 25 см, диаметр – 4 мм, ширина угла поля зрения – 90°, угол обзора – 30°. Данная модель обеспечивала как контактный, так и панорамный обзор с увеличением от 20 до 150, позволяющие идентифицировать ядра и цитоплазмы отдельных клеток.

Первым электрохирургию при гистероскопии применил R.S.Neuwirth в 1976 г. Он использовал модифицированный урологический резектоскоп для удаления субмукозного узла.

Дальнейшему развитию оперативной гистероскопии способствовало предложение использовать Nd-YAG-лазер при различных операциях в полости матки: рассечении внутриматочных синехий (Newton J.R. et al., 1982), внутриматочной перегородки (Baggish M.S., 1992).

В России (Советском Союзе) развитию гистероскопии способствовали работы акад. Л.С.Персианинова и соавт. (1970), А.И.Волобуева (1972), Л.И.Бакулевой и соавт. (1976), Г.М.Савельевой и соавт. (1976).

Первым отечественным руководством по гистероскопии с использованием волоконной оптики и эндоскопической аппаратуры фирмы «Storz» была монография «Эндоскопия в гинекологии», изданная в 1983 г. под редакцией Г.М.Савельевой.

Гистерорезектоскопия начала быстро развиваться в России в 1990-е годы; ей были посвящены работы Г.М.Савельевой и соавт. (1996, 1997), В.И.Кулакова и соавт. (1996, 1997), В.Г.Бреусенко и соавт. (1996, 1997), Л.В.Адамян и соавт. (1997), А.Н.Стрижакова и соавт. (1997).

---

## ГЛАВА 1. ГИСТЕРОСКОПИЯ: ПОКАЗАНИЯ, ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ, ПОДГОТОВКА К ИССЛЕДОВАНИЮ, АППАРАТУРА, МЕТОДИКИ ПРОВЕДЕНИЯ

---

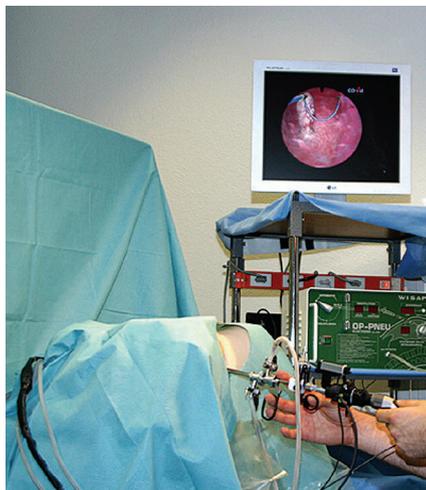
**Гистероскопия** (греч. *hystera* – матка + *skopeo* – рассматривать, исследовать) – метод эндоскопии в гинекологии, позволяющий осмотреть полость матки.

Выделяют **диагностическую** и **оперативную** гистероскопию. Современную гистероскопию среди всех инструментальных методов исследования считают наиболее информативной для диагностики и эффективной для лечения практически всех видов внутриматочной патологии. Визуальный осмотр полости матки позволяет обнаружить внутриматочную патологию, провести топическую диагностику и при необходимости – прицельную биопсию или хирургическое вмешательство в пределах полости матки.

Оборудование для гистероскопии представлено на рисунке 1.1.

### Показания к гистероскопии

- нарушения менструального цикла в различные периоды жизни женщины (ювенильный, репродуктивный, перименопаузальный);
- кровянистые выделения в постменопаузе;
- подслизистая миома матки;
- аденомиоз;
- подозрение на рак эндометрия;
- аномалии развития матки;
- внутриматочные синехии;
- наличие в полости матки остатков плодного яйца;
- наличие инородного тела в полости матки;
- подозрение на перфорацию стенки матки;



**Рис. 1.1.** Оборудование для гистероскопии.

- уточнение места расположения внутриматочного контрацептива (ВМК) или его фрагментов;
- бесплодие;
- невынашивание беременности;
- контрольное исследование полости матки после ранее перенесенных операций на матке, пузырного заноса, хорионэпителиомы;
- оценка эффективности и контроль при проведении гормонотерапии;
- осложненное течение послеродового периода.

### Противопоказания

- общие инфекционные и воспалительные заболевания (грипп, ангина, пневмония, острый тромбофлебит, пиелонефрит и др.);
- острые воспалительные заболевания половых органов;
- IV степень чистоты мазков из влагалища (промежуточный тип биоценоза, дисбиоз влагалища, кольпит);
- тяжелое состояние больной при наличии заболеваний сердечно-сосудистой системы и паренхиматозных органов (печени, почек);
- желанная беременность;
- распространенный рак шейки матки;
- профузное маточное кровотечение.

### Подготовка к исследованию

Гистероскопию следует рассматривать как оперативное вмешательство, которое в зависимости от показаний проводят как в экстренном, так и в плановом порядке. Плановую гистероскопию проводят после клинического обследования больных, включающего исследование крови, мочи, мазков из влагалища на степень чистоты, определение уровня глюкозы крови, рентгенографию грудной клетки, ЭКГ.

Плановая гистероскопия должна включать подготовку кишечника (накануне манипуляции назначают очистительную клизму или прием 2 пакетов Фортранса), опорожнение мочевого пузыря перед исследованием. Операцию проводят натощак.

Для профилактики гнойно-септических осложнений после гистероскопии очень важно адекватно подготовить к операции влагалищную полость, чтобы степень чистоты влагалищного мазка соответствовала 2-й или 3-й, а микроскопическая характеристика влагалищного биоценоза – нормоценозу. Чаще всего при подготовке к гистероскопии приходится проводить лечение бактериального вагиноза и неспецифического вагинита. Лечение **бактериального вагиноза** с учетом международных рекомендаций CDC проводят с использованием метронидазола и клиндамицина. Стандартная схема применения метронидазола – одна вагинальная таблетка один раз в сутки в течение 7–10 дней в сочетании с пероральным приемом метронидазола по 1 табл. 2 раза в день. Эффективна также следующая схема: метронидазол 500 мг 2 раза в сутки или клиндамицин 300 мг 3 раза в сутки в течение 7 дней внутрь. Системная терапия при **сочетанных формах бактериального вагиноза** дополняется местным применением комбинированного препарата.

Лечение **неспецифического вульвовагинита** также проводят с применением местных комбинированных препаратов. Среди них следует выделить вагинальные капсулы **Полижинакс**, в состав которых входят: неомицина сульфат (35 000 МЕ), полимиксина В сульфат (35 000 МЕ) и нистатин (100 МЕ). Выбор препарата Полижинакс для местного применения определяется его широким спектром действия за счет 2 антибиотиков и антимикотика. Препарат воздействует бактерицидно на большинство микроорганизмов, как на грамположительные, так и на грамотрицательные. Кроме того, важно его воздействие на *Candida albicans*, *N. albicans* и другие грибы. Входящий в состав Полижинакса диметикон позволяет быстро и равномерно распределить препарат в складках влагалища, обладает защитным, противоэрозивным действием, усиливает местное действие других компонентов, полностью исключая их системные эффекты. Также в состав препарата входят соевый лецитин, фосфолипиды, аминокислоты, витамины А, Е, D – компоненты, которые обладают трофическим, восстанавливающим и противовоспалительным действием. Необходимо отметить, что выраженное противовоспалительное действие Полижинакса осуществляется без применения кортикостероидов, поэтому он не имеет побочных эффектов на местный и общий иммунитет. Важно, что препарат не влияет отрицательно на лактобактерии. Полижинакс в виде легко вводимых капсул применяется **интравагинально один раз в сутки в течение 6–12 дней (даже при выраженном воспалении)**, при этом все лекарственные ингредиенты попадают в складки влагалища уже через 15 мин. Контроль за эффективностью курса лечения осуществляют сразу после его окончания.

В амбулаторных условиях гистероскопию можно выполнять при наличии стационара одного дня и возможности экстренного перевода больной в стационар при необходимости.

Плановую гистероскопию лучше проводить в ранней пролиферативной фазе менструального цикла (оптимально на 5–7-й день цикла), когда эндометрий тонкий и слабо кровоточит. Однако бывают исключения, когда необходимо оценить состояние эндометрия в секреторную фазу менструального цикла. В этих случаях гистероскопию проводят за 3–5 дней до менструации. Состояние стенок матки можно оценить при контрольной гистероскопии, после удаления слизистой оболочки.

У пациенток в пери- и постменопаузальном периодах, а также в экстренных ситуациях, при кровотечении время проведения гистероскопии не имеет принципиального значения.

**Типы гистероскопов** представлены в таблице 1.1.

### **Методика проведения гистероскопии**

В норме полость матки представляет собой сомкнутую щель небольших размеров. Для полноценной визуализации полости матки необходимо использовать среды для ее расширения. В зависимости от используемой среды различают *газовую* и *жидкостную* гистероскопию.

Жидкостные среды делятся на:

- Электролитсодержащие – NaCl (0,9%), раствор Рингера.
- Диэлектрики: глицин, глюкоза, маннитол, сорбитол, цитал.

Таблица 1.1. Типы гистероскопов

Тип гистероскопа	Расширение цервикального канала	Возможности	Обезболивание
«Офисный» (диагностический)	Не требуется	Для деструкции тканей возможно использование лазера. Аспирация эндометрия, щипковая биопсия	Без обезболивания или лидокаин местно
Операционный (диагностический + терапевтический)	До №7–8 расширителя Гегара	Механический лазер, высокочастотная электрохирургия (локальное воздействие). Аспирация эндометрия, щипковая биопсия	Спинальная анестезия. Внутривенный или эндотрахеальный наркоз
Резектоскоп для электрохирургии	До №9–11 расширителя Гегара	Возможно взятие образцов эндометрия и миометрия. Петлевая резекция на глубину до 5 мм. Высокочастотная электрохирургия в режиме резекции, коагуляции, выпаривания. Аспирация эндометрия, щипковая биопсия	Внутривенный или эндотрахеальный наркоз



- Растворы с низкой вязкостью: глицин, глюкоза.
- Растворы с высокой вязкостью: гискон, маннитол.

Газовые среды – углекислый газ (CO<sub>2</sub>).

**Раствор хлорида натрия изотонический.** 0,9% раствор хлорида натрия изотоничен плазме, не оказывает раздражающего действия на ткани, быстро выводится из сосудистого русла, хорошо смешивается с кровью, его индекс рефракции 1,37. Недостатки изотонического раствора: инфузия больших объемов раствора может привести к хлоридному ацидозу, гипергидратации, увеличению выведения калия из организма; как солевой раствор хлорид натрия абсолютно неприемлем для электрохирургического вмешательства.

Изотонический раствор хлорида натрия является оптимальной средой для диагностической гистероскопии в условиях стационара, в том числе на фоне маточного кровотечения, а также для операций с помощью Nd-YAG-лазера.

**Раствор Рингера** как среда контрастирования полости матки абсолютно идентичен изотоническому раствору.

**Глицин** (1,5% раствор аминокислоты) является диэлектриком с низкой вязкостью. Раствор обладает гипотонической активностью, его осмолярность составляет 200 мосм/л. Несмотря на минимальную вероятность развития внутрисосудистого гемолиза во время орошения полости матки глицином имеются сведения о возможности перегрузки ОЦК с развитием гипонатриемии. Внутрисосудистый период полураспада глицина составляет 85 мин. Его нужно с осторожностью применять у пациенток с нарушениями функции печени и/или почек. Глицин может быть причиной острых, но преходящих нарушений зрения.

**5% раствор глюкозы** является изотоническим раствором, поэтому хорошо смешивается с кровью, не оказывает раздражающего действия на ткани и быстро выводится из сосудистой системы. По оптическим свойствам этот раствор не уступает 0,9% раствору хлорида натрия, однако, в отличие от последнего, не содержит электролиты, что позволяет использовать его для резектоскопии.

**Маннитол, сорбитол, цитал, гискон** характеризуются высокой вязкостью. Это свойство дает им ряд преимуществ:

- меньший расход жидкости во время гистерорезектоскопии по сравнению с низкомолекулярными соединениями;
- низкий риск интравазации (благодаря высокой молекулярной массе);
- удлинённый период оптической «ясности», поскольку они не смешиваются с кровью.

Однако высокая вязкость раствора дает им и ряд недостатков: во-первых, из-за высокой вязкости крайне сложно обеспечить постоянный отток жидкости из полости матки; во-вторых, не смешавшийся с кровью раствор затрудняет визуализацию эндометрия; в-третьих, они образуют плотный налет на поверхности инструментов.

### Техника газовой гистероскопии (рис. 1.2)

После обработки наружных половых органов, влагалища и влагалищной части шейки матки дезинфицирующими растворами шейку матки, обнаженную в зеркалах, фиксируют пулевыми щипцами и производят зондирование полости матки.

1. Расширение цервикального канала при проведении газовой гистероскопии необязательно. Если шейка матки деформирована рубцами и не пропускает корпус гистероскопа, необходимо произвести расширение цервикального канала расширителем Гегара №6–7.

2. Колпачок-адаптер подбирают в соответствии с величиной шейки матки. Колпачок фиксируют на шейке матки путем создания в нем отрицательного давления. После фиксации колпачка на шейке через адаптер в полость матки вводят пустой корпус гистероскопа и промывают ее 50 мл изотонического раствора хлорида натрия.

3. После удаления изотонического раствора и сгустков крови с помощью отсоса к корпусу гистероскопа фиксируют оптическую трубку с заранее подключенным к ней световодом. Подключают гистерофлатор и со скоростью 50–60 мл/мин в полость матки нагнетают  $\text{CO}_2$ , при этом давление в полости матки не должно превышать 40–50 мм рт.ст.

При проведении диагностической гистероскопии достаточное давление в полости матки составляет от 40 до 50 мм рт.ст., а скорость потока газа – >50–60 мл/мин. При этом наиболее важный показатель – скорость подачи

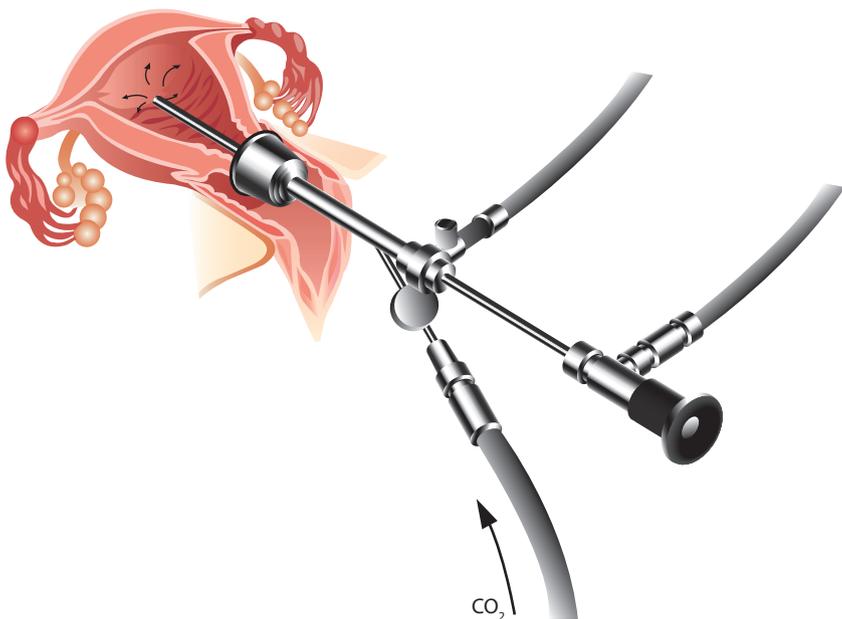


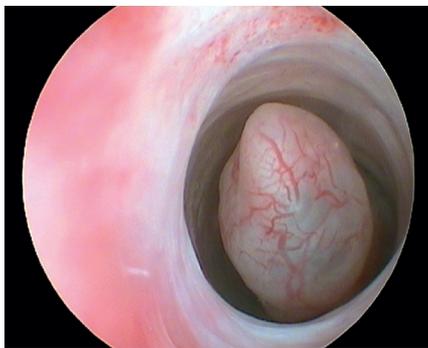
Рис. 1.2. Техника газовой гистероскопии.



**Рис. 3.15.** Описание гистероскопической картины:

- полость матки треугольной формы, деформирована за счет полиповидного образования бледно-розового цвета на широком основании, исходящего из задней стенки матки с переходом на левое ребро ближе к устью левой маточной трубы;
  - эндометрий бледно-розового цвета, не выражен, сосудистый рисунок не выражен;
  - устья маточных труб визуализируются.
- Заключение:** полип эндометрия, исходящий из задней стенки с переходом на левое ребро ближе к устью левой маточной трубы.

**Гистологическое исследование:** железисто-фиброзный полип, эндометрий вне полипа – с признаками атрофии.



**а**



**б**

**Рис. 3.16.** Описание гистероскопической картины:

- полость матки треугольной формы, расширена за счет полиповидного образования бледно-розового цвета с выраженным сосудистым рисунком и жидкостными включениями, на тонком основании, исходящего из дна матки;
- эндометрий бледно-розового цвета, не выражен, сосудистый рисунок не выражен;
- устья маточных труб визуализируются.

**Заключение:** полип эндометрия, исходящий из дна матки.

**Гистологическое исследование:** железисто-фиброзный полип эндометрия.

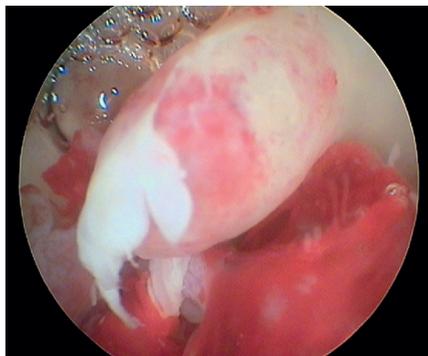
**а** – гистероскопическая картина; **б** – макропрепарат полипа.

### **Гистероскопические признаки железисто-кистозных полипов эндометрия (рис. 3.17–3.21)**

- цвет полипов бледно-розовый, бледно-желтый, серовато-розовый, сосудистый рисунок выражен;
- форма полипов может быть продолговатой, конусовидной, неправильной;
- размеры – от 1 до 6 см в длину;
- поверхность гладкая, ровная, в некоторых случаях над ней выступают кистозные образования с тонкой стенкой и прозрачным содержимым;
- характерным признаком является темно-багровая или синюшная верхушка полипа.

### **Аденоматозные полипы эндометрия**

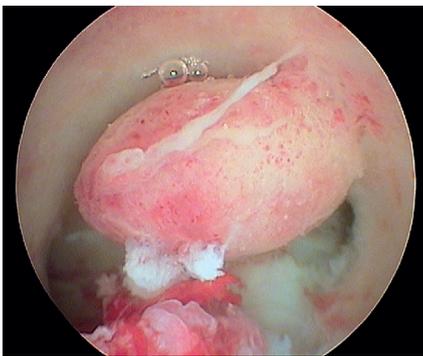
Чаще всего локализируются ближе к устьям маточных труб и бывают небольших размеров – от 1 до 1,5 см. Выглядят более тусклыми, серыми, рыхлыми, чем другие типы полипов. Аденоматозные изменения могут определяться и в ткани железисто-кистозных и железисто-фиброзных полипов;



**Рис. 3.17.** Описание гистероскопической картины:

- полость матки треугольной формы, расширена за счет полиповидного образования бледно-розового цвета с кровоизлияниями в верхушку полипа, исходящего из левого ребра матки;
  - эндометрий бледно-розового цвета, не выражен, сосудистый рисунок не выражен;
  - устья маточных труб визуализируются.
- Заключение:** полип эндометрия, исходящий из левого ребра матки.

**Гистологическое исследование:** железисто-кистозный полип эндометрия.



**Рис. 3.18.** Описание гистероскопической картины:

- полость матки треугольной формы, расширена за счет полиповидного образования бледно-розового цвета с кровоизлияниями в верхушку полипа, исходящего из левого ребра матки;
  - эндометрий бледно-розового цвета, не выражен, сосудистый рисунок не выражен;
  - устья маточных труб визуализируются.
- Заключение:** полип эндометрия, исходящий из левого ребра матки.

**Гистологическое исследование:** железисто-кистозный полип эндометрия.

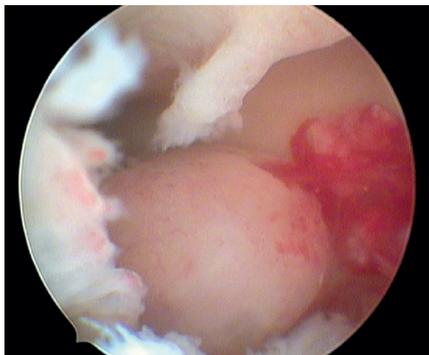


**Рис. 3.19.** Описание гистероскопической картины:

- полость матки треугольной формы, расширена за счет полиповидного образования бледно-розового цвета с незначительными кровоизлияниями, исходящего из передней стенки матки;
- эндометрий бледно-розового цвета, не выражен, сосудистый рисунок не выражен;
- устья маточных труб визуализируются.

**Заключение:** полип эндометрия, исходящий из передней стенки матки.

**Гистологическое исследование:** железистый полип эндометрия.



**Рис. 3.20.** Описание гистероскопической картины:

- полость матки треугольной формы, расширена за счет полиповидного образования овоидной формы, бледно-розового цвета, на широком основании, исходящего из дна матки;
- эндометрий бледно-розового цвета, не выражен, сосудистый рисунок не выражен;
- устья маточных труб визуализируются.

**Заключение:** полип эндометрия.

**Гистологическое исследование:** железистый полип эндометрия.



**Рис. 3.21.** Описание гистероскопической картины:

- полость матки треугольной формы, в ее полости определяются полипы бледно-розового цвета, с кровоизлияниями в верхушки, располагающиеся по правому ребру и передней стенке матки;
- эндометрий бледно-розового цвета, не выражен, сосудистый рисунок не выражен;
- устья маточных труб визуализируются.

**Заключение:** полипоз эндометрия.

**Гистологическое исследование:** железистые полипы эндометрия базального типа с секреторными изменениями.