



учених є те, що бабусі жінок з позаматковою вагітністю теж мали подібні симптоми, тому, як наслідок, через покоління може відбутись не лише таке захворювання, але й призвести до безпліддя їхніх потомків, при чому як у дівчаток, так і в хлопчиків.

Враховуючи вищезгадані фактори ми можемо констатувати, що більшість учених займаються дослідженнями позаматкової вагітності виключно фізіологічною точки зору, однак, на нашу думку, варто з акцентувати увагу щодо дослідженої проблематики з позиції генетики. Це дозволить виявити патологічні зміни у жінок на ранньому етапі вагітності та попередити ризики безпліддя та мутаційного хромосомного генофонду.

Рак Л.М.

ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ АДЕНОМІОЗУ У ЖІНОК З БЕЗПЛІДДЯМ

Кафедра акушерства та гінекології

Буковинський державний медичний університет

На сьогоднішній день існують значні труднощі верифікації діагнозу аденоміоз. Діагноз аденоміозу встановлюється на основі характерних клінічних ознак та за допомогою ультразвукової діагностики. Найбільш точним неінвазивним діагностичним методом вважається магніто-резонансна томографія, однак, вартість та обмеженість застосування методики не дозволяє широко використовувати останню. Значно покращило діагностику даного захворювання застосування гістероскопії.

Метою дослідження було встановлення ролі гістероскопії в діагностиці аденоміозу. На особливу увагу заслуговують пацієнтки з безпліддям. Особливості діагностики аденоміозу проаналізовано у 101 жінки з безплідністю різного генезу, яким проводили рідинну гістероскопію з біопсією ендометрія.

Аденоміоз виявлений у 9 пацієнток (8,9%). Внутрішньоматковий аденоміоз під час гістероскопії діагностований у 8 жінок (7,9%). Краща візуалізація аденоміозу відмічена в проліферативну фазу менструального циклу (7 з 8 виявлених випадків). У секреторну фазу і при супутній гіперплазії ендометрія візуалізація патологічних ділянок дещо утруднена через складчастість слизової оболонки. В однієї пацієнтки діагностовано трубний ендометріоз (гістологічно підтверджений). Аденоміоз, як єдина патологічна знахідка в порожнині матки, спостерігався в 4 жінок, в 1-ї пацієнтки він поєднувався з ознаками хронічного ендометриту та вогнищевою залозистою гіперплазією, в 1 – з ознаками хронічного ендометриту, в 1-ї – з гіперплазією ендометрія (гістологічно верифікована як залозиста), в 1 – із залозистими поліпами ендометрія. Позаматковий трубний аденоміоз поєднувався з активною залозистою гіперплазією ендометрія. Таким чином, внутрішній ендометріоз найчастіше супроводжувався проліферативною патологією слизової матки. Поседнання аденоміозу із зовнішнім генітальним ендометріозом відмічено не у всіх жінок (мало місце у 2-х пацієнток та в 1-ї – з ендометріозом шийки матки). Результати морфологічного дослідження біоптатів, отриманих прицільно з патологічних ділянок ендометрія під час гістероскопії, виявились малоінформативними у верифікації діагнозу. Гістологічна картина відповідала тій морфологічній будові тканини ендометрія, яка була присутня в порожнині матки обстежених жінок на ча проведення гістероскопії.

Слід зазначити, що за допомогою попередньої трансвагінальної ехографії аденоміоз запідозрений лише в пацієнтки з визначеною нами гістероскопічно II його стадією. Поверхневі форми аденоміозу взагалі сонографічно не були запідозрені. Таким чином, ультразвукова діагностика аденоміозу не є достатньою. Діагностика поверхневих форм аденоміозу, в першу чергу, в жінок з безпліддям, є досить складною і трудоемкою процедурою, і, в той же час, дана патологія є однією з причин порушення імплантації.

Таким чином, основним методом вибору для діагностики аденоміозу у жінок з підозрою на дану патологію чи з безпліддям, є гістероскопія (в т.ч. мікрогістероскопія), проведена в проліферативну фазу менструального циклу, яку слід поєднувати з трансвагінальною ехографією та урахуванням клінічних проявів захворювання.