



Рак Л.М.

ПРОБЛЕМИ ДІАГНОСТИКИ АДЕНОМІОЗУ

Кафедра акушерства та гінекології

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Діагноз аденоміозу встановлюється на основі характерних клінічних ознак, найбільш доступного на сьогодні неінвазивного методу - трансвагінальної ультразвукової діагностики. Найбільш точним неінвазивним діагностичним методом вважається магніто-резонансна томографія, однак, вартість та обмеженість застосування методики не дозволяє широко використовувати останню. На сьогоднішній день існують значні труднощі верифікації даного діагнозу. Впровадження ендоскопії в практику гінекології впродовж останніх років значно покращило діагностику даного захворювання.

З метою встановлення ролі гістероскопії в діагностиці аденоміозу, особливості діагностики аденоміозу проаналізовано на моделі результатів обстеження 101 жінки з безплідністю різного генезу. Порожнину матки обстежували за допомогою рідинної гістероскопії з біопсією ендометрія. Гістероскопія проводилась з використанням ізотонічного розчину натрію хлориду в якості оптичного середовища.

Аденоміоз виявлений у 9 пацієнок (8,9%). Внутрішньоматковий аденоміоз під час гістероскопії діагностований у 8 жінок (7,9%). 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 та травматичним пошкодженням шийки матки, 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. Поєднання аденоміозу із зовнішнім генітальним ендометріозом відмічено не у всіх жінок (мало місце у 2-х пацієнок та в 1-ї – з ендометріозом шийки матки).

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. Слід зазначити, що за допомогою попередньої трансвагінальної ехографії аденоміоз запідозрений лише в пацієнтки з визначеною нами гістероскопічно II його стадією. Таким чином, ультразвукова діагностика аденоміозу не є достатньою.

Результати морфологічного дослідження біопатів, 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. Адже, достовірна гістологічна верифікація аденоміозу можлива лише або при патогістологічному дослідженні тіла матки після гістеректомії, або після локального видалення шару ендометрія до візуалізації міометрія за допомогою петлі резектоскопа й біопсії тканини ендометріального ходу з оточуючим його ендометрієм, або при пункційній біопсії тканини матки з отриманням матеріалу у вигляді стовбчика тканини. Отже, діагностика поверхневих форм аденоміозу, в першу чергу, в жінок з безпліддям, є досить складною і трудоміскою процедурою.

Основна проблема полягає в пошуку та вдосконаленні малоінвазивних і малотравматичних методів біопсії міометрія для верифікації діагнозу. 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.

Рижук Л.В., Рижук В.Є.

ДОКЛІНІЧНІ ФОРМИ ІНФЕКЦІЙ СЕЧОВИВІДНИХ ШЛЯХІВ У ВАГІТНИХ: ОЦІНКА ВИДОВОГО СКЛАДУ МІКРОБНОГО ПЕЙЗАЖУ СЕЧІ ТА ПІХВИ

Кафедра акушерства та гінекології

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Відповідно до сучасних уявлень, визначення бактерій у сечових шляхах вагітних у більшості випадків ототожнюється з їх мікробно-запальним ураженням з огляду на те, що бактеріальний фактор загальноновизнаний як етіологічний ініціатор такого характеру захворювання. Разом із тим, ще в 1956 році Е.Касс звернув увагу дослідників на те, що інфекція є лише ключем у реалізації процесу запалення в сечових шляхах людини. На його думку, механізми, що призводять до бактеріурії, можуть принципово відрізнятися від тих, які забезпечують інвазію нирок. Безсимптомна бактеріурія – стан, коли, за відсутності симптомів інфекції сечових шляхів, із сечі, взятої без катетера, висівають 10^5 або більше колоній будь-якого мікроорганізму в 1 мл. Особливого значення ця проблема набуває у вагітних, оскільки створює серйозну загрозу для здоров'я матері і плода. Отже, єдиного погляду ні на механізми виникнення, ні на переважних збудників, ні на можливості реалізації впливу даного патологічного стану на плід у вигляді його внутрішньоутробного інфікування немає.