Мєліхова Т. В.

асистент кафедри акушерства та гінекології № 2

Лященко О. А.

кандидат медичних наук, доцент кафедри акушерства та гінекології № 2

Овчаренко О. Б.

кандидат медичних наук, доцент кафедри акушерства та гінекології № 2

Сафонов Р. А.

кандидат медичних наук, доцент кафедри акушерства та гінекології № 2

Харківський національний медичний університет м. Харків, Україна

РОЛЬ ГІСТЕРОСКОПІЧНОГО ОПЕРАТИВНОГО ВТРУЧАННЯ В ДІАГНОСТИЦІ АДЕНОМІОЗУ

Актуальність. З моменту прояву перших клінічних симптомів, встано- вити діагноз аденоміоз, на протязі 1-5 років можливо лише у 4,6% хворих [1, с. 9-12]. Така складність діагностики пов’язана з різноманіттям клінічних проявів хвороби, обумовлених поєднанням аденоміозу з

гіперпластичними процесами ендометрію [3, с. 36-42]. В даний час, особливої актуальності набуває використання високоефективних методів інструментальної діагностики для встановлення форми і ступеня тяж- кості аденомиозу, особливо на початкових стадіях розвитку хвороби [4, с. 212-220].

Внутрішньоматкові втручання під контролем гістероскопії дозво- ляють значно вдосконалити хірургічне лікування патології ендометрію [5, с. 924-931]. Крім того, гістероскопія представляє найбільш інформативний інструментальний метод діагностики підслизової міоми матки, а також патологічних станів ендометрію. Саме тому огляд порожнини матки за допомогою гістероскопа уточнює та / або доповнює картину трансвагінального ультразвукового сканування [2, с. 33-37].

Мета дослідження. Вдосконалити ранню діагностику ендометріозу за рахунок використання гістероскопічного оперативного втручання з прицільною біопсією ендометрію, а також оптимізувати алгоритм диференціальної діагностики аденоміозу та гіперпластичних процесів ендометрію.

Матеріали та методи дослідження. У дослідженні приймали участь 36 жінок у віці від 28 до 53 років, яким було проведено гістероскопічне оперативне втручання з наступним морфологічним дослідженням.

Матеріалом для даного наукового дослідження слугували біоптати у вигляді ділянки стінки матки, представленого ендометрієм з фрагмет- рами підлеглого міометрію, взятого з протилежного боку від патологічно зміненої ділянки у вигляді гіперплазії і поліпів, з наступним гістоло- гічним дослідженням.

Результати дослідження. За результатами проведеного аналізу було виявлено, що рутинним гістологічним дослідженням аденоміоз був підтверджений тільки в 11 (30,6%) випадках (з 36 передбачуваних), а гіперпластичні процеси ендометрія у вигляді поліпів та залозистої гіперплазії – в 34 (97,1%) випадках (з 35 передбачуваних).

Під час гістологічного дослідження матеріалу, взятого для даного наукового дослідження, аденоміоз був підтверджений в 23 (63,9%) випад- ках, що на 33,3% більше в порівнянні з результатами рутинного дослідження, що пояснюється більш глибоким взяттям біологічного матеріалу, а саме прицільною біопсією міометрію.

Проте проліферативні процеси ендометрію та міометрію, за результатами данного дослідження, було підтверджено лише в 13 (37,1%) випадках (з 35 передбачуваних), що менше кількості випадків їх діагнос- тики при рутинному дослідженні на 60%. Це можна пояснити попереднім взяттям біологічного матеріалу (насамперед ендометрію) для рутинного гістологічного дослідження.

За результатами проведеного дослідження встановлено, що патоло- гічні стани слизової оболонки матки за допомогою гістероскопії діагностуються точніше, ніж аденоміоз, що підтверджується висновками гістологічного дослідження. Даний метод інструментального дослід- ження дозволяє переважно оглянути та оцінити стан слизових оболонок – ендоцервіксу та ендометрію. Незважаючи на те, що достовірно діагностувати наявність ендометріоїдних вогнищ в міометрії методом гістероскопії не вдається, діагностична цінність цього методу зростає з використанням прицільної біопсії ендометрію з прилеглою частиною міометрію.

Висновки. Для поліпшення ефективності ранньої діагностикита, а також проведення диференціальної діагностики з патологічними змінами ендометрію, необхідно використовувати гістероскопію з прицільною біопсією міометрія.

Список літератури:

1. Алтибаєва Д.М. Діагностичні критерії аденоміозу в поєднанні з гіперпластичними процесами ендометрія у жінок репродуктивного віку / Д. М. Алтибаєва // Зб. наук. праць Асоціації акушерів-гінекологів України. – К.: Юстон, 2016. – С. 9-12.

2. Демидов В. Н. Современные принципы ультразвуковой диагностики генитального эндометриоза / В. Н. Демидов, А. И. Гус // Гинекология. – 2002. – Т. 4, № 2. – С. 33–37.

3. Татарчук Т.Ф., Захаренко Н.Ф., Тутченко Т.Н. Новые подходы к проблемным вопросам лечения генитального эндометриоза // Репродуктивная эндокринлогия. – № 3 (11). – 2013. с. 36-42.

4. Cockerham A.Z. Adenomyosis: a challenge in clinical gynecology // J/Midwifery Womens Health. – 2012. – Vol. 57. – N 3. – P. 212-220.

5. Taran F.A., Stewart E.A., Brucker S. Adenomyosis: epidemiology, risk factors, clinical phenotype and surgical and interventinal alternatives to hysterectomy // Geburtshilfe Frauenheilkd. – 2013. – 73(9). – P. 924-931.