

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ
«БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**



МАТЕРІАЛИ

100 – ї

підсумкової наукової конференції

професорсько-викладацького персоналу

Вищого державного навчального закладу України

«БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»

11, 13, 18 лютого 2019 року

(присвячена 75 - річчю БДМУ)

Чернівці – 2019

УДК 001:378.12(477.85)

ББК 72:74.58

М 34

Матеріали 100 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет», присвяченої 75-річчю БДМУ (м. Чернівці, 11, 13, 18 лютого 2019 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2019. – 544 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 100 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет», присвяченої 75-річчю БДМУ (м.Чернівці, 11, 13, 18 лютого 2019 р.) із стилістикою та орфографією у авторській редакції. Публікації присвячені актуальним проблемам фундаментальної, теоретичної та клінічної медицини.

Загальна редакція: професор Бойчук Т.М., професор Івашук О.І., доцент Безрук В.В.

Наукові рецензенти:

професор Братенко М.К.

професор Булик Р.Є.

професор Гринчук Ф.В.

професор Давиденко І.С.

професор Дейнека С.Є.

професор Денисенко О.І.

професор Заморський І.І.

професор Колоскова О.К.

професор Коновчук В.М.

професор Пенішкевич Я.І.

професор Сидорчук Л.П.

професор Слободян О.М.

професор Ткачук С.С.

професор Тодоріко Л.Д.

професор Юзько О.М.

д.мед.н. Годованець О.І.

ISBN 978-966-697-543-3

© Буковинський державний медичний
університет, 2019



Рак Л.М.

ДІАГНОСТИКА АДЕНОМІОЗУ, ЯК ПРОБЛЕМА СУЧАСНОЇ ГІНЕКОЛОГІЇ

Кафедра акушерства та гінекології

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

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

Обстежено 101 пацієнтку з безпліддям різноманітного генезу. Особливості діагностики аденоміозу проаналізовано на моделі результатів їх обстеження. Жінок обстежували за допомогою рідинної гістероскопії з біопсією ендометрія. При гістероскопії проводили візуальну оцінку стану порожнини матки та ендометрія, проводили прицільну біопсію ендометрія з патологічних ділянок для гістологічного дослідження, при необхідності – гістероскопічну корекцію діагностованої патології. У 18 пацієнток в анамнезі вже були безрезультатні спроби ДРТ. Середній вік обстежених пацієнток склав $31,07 \pm 0,55$ рік, тривалість періоду безпліддя була від 3 до 22 років.

В результаті проведених обстежень аденоміоз виявлений у 9 пацієнток (8,9%). Внутрішньоматковий аденоміоз під час гістероскопії діагностований у 8 жінок (7,9%). В однієї пацієнтки діагностовано трубний ендометріоз (гістологічно підтверджений). У порожнині матки дана патологія була переважно представлена ендометріїдними ходами у вигляді вічок темно-синюшного кольору, які локалізувалися по задній стінці матки (3 випадки), в дні матки та по бокових її стінках, у дні та по задній стінці матки, по задній і боковій стінках. Лише в однієї жінки внутрішній ендометріоз мав вигляд зміни рельєфу слизової у вигляді поздовжніх хребтів по задній стінці матки, яка відзначалась ригідністю. Таким чином, найчастіша локалізація вогнищ аденоміозу відмічена по задній стінці та у дні матки, I стадія аденоміозу (за гістероскопічною класифікацією аденоміозу, розробленою Савельєвою Г.М. та співавт. діагностована у 7 жінок (87,5% серед випадків діагностованого аденоміозу), II – у 1 (12,5% відповідно). Аденоміоз, як єдина патологічна знахідка в порожнині матки, спостерігався в 4 жінок, в I-ї пацієнтки він поєднувався з ознаками хронічного ендометриту та вогнищевою залозистою гіперплазією, в 1 – з ознаками хронічного ендометриту та травматичним пошкодженням шийки матки, в I-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. Такі ж факти наводяться й іншими авторами. Поєднання аденоміозу із зовнішнім генітальним ендометріозом відмічено не у всіх жінок (мало місце у 2-х пацієнток та в I-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 депо утруднена через складчастість слизової оболонки.

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