

К.мед.н. Рак Л.М.

Кафедра акушерства та гінекології

Вищий державний навчальний заклад України

“Буковинський державний медичний університет”

Труднощі верифікації аденоміозу у жінок з безпліддям

Хворі на аденоміоз є категорією пацієнтів, яка відзначається низькою ефективністю лікування безпліддя, в тому числі, і методом екстракорпорального запліднення (ЕКЗ). Домінуючою причиною неефективності програм ЕКЗ у пацієнок з аденоміозом виявлена дефектність ендометріальної ланки. Відмічається підвищений проліферативний потенціал базального шару ендометрія, що викликає дисбаланс у процесах проліферації та секреторної трансформації ендометрія, часто мають місце диспластичні процеси, вторинне асептичне запалення та склерозування, порушення імплантаційного моделювання ендометрія (Судома І.О., 2006).

В сучасній гінекологічній практиці існують значні труднощі верифікації аденоміозу у жінок. Як відомо, підозра на дану патологію виникає за наявності характерних клінічних ознак та за допомогою ультразвукової діагностики. Однак, остаточна постановка діагнозу можлива лише при візуалізації специфічної для даного захворювання гістероскопічної картини. Найбільш точним неінвазивним діагностичним методом вважається магніто-резонансна томографія, однак, вартість та обмеженість застосування методики не дозволяє широко використовувати останню.

В якості скринінгового обстеження 101 жінці з безплідністю різноманітного генезу перед застосуванням допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ) проведена гістероскопія, яка була доповнена прицільною біопсією ендометрія з патологічних ділянок та гістологічним дослідженням біоптатів.

Проаналізовано частку аденоміозу серед іншої патології у даної категорії жінок. Частка аденоміозу склала 7,9 % (гістероскопічно виявлено у 8 жінок). Аденоміоз, як єдина патологічна знахідка в порожнині матки, спостерігався в 4 жінок. 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. У відповідності до класифікації аденоміозу за гістероскопічною картиною, розробленою Савельєвою Г.М. (1999 р.) І стадія діагностована у 7 жінок (87,5 %), II – у 1 (12,5 %, відповідно). Лише в останньому випадку у 1 пацієнтки з II його стадією, дана патологія була запідозрена за допомогою ехографії ще до проведення гістероскопії. Таким чином, діагностика поверхневих форм аденоміозу є досить складною і трудоємкою процедурою. Навіть прицільна біопсія ендометрія з ділянок, вражених аденоміозом, не дала чіткої інформації. 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 час проведення гістероскопії.

Так, гістологічна картина супутньої залозистої гіперплазії ендометрія мала місце у 3 жінок, в одному випадку аденоміоз супроводжувався хронічним ендометритом (підтверджено імуногістохімічно – виявлено маркери хронічного ендометриту), а в 4 пацієнток гістологічно ендометрій відповідав зворотньому розвитку із секреторної фази менструального циклу при проведенні гістероскопії в проліферативну фазу, що свідчить про порушення процесів десквамації ендометрію у даної категорії пацієнток, коли не відторгнутий ендометрій піддається зворотнім змінам із секреторного у проліферативний. Безумовно, такий ендометрій не може слугувати адекватним підґрунтям для успішної імплантації. Зокрема, у 3х пацієнток з діагностованим аденоміозом мали місце безрезультатні спроби ДРТ в анамнезі.

Таким чином, аденоміоз супроводжується патологією ендометрія, яка є несумісною з фізіологічними процесами імплантації. Методом вибору для діагностики аденоміозу, супутньої патології ендометрія, а отже, і подальшої вірної лікувальної тактики у жінок з безпліддям, в тому числі, і на етапі підготовки до ДРТ, є гістероскопія, здійснена у проліферативну фазу менструального циклу, доповнена морфологічним та імуногістохімічним дослідженням. Виключно гістологічна оцінка зразка ендометрія не є основною у постановці діагнозу, а ультразвукова діагностика є недостатньо інформативною у випадку початкових форм аденоміозу.