

зования в железах, строме, сосудах), так и на ультраструктурном уровне (отсутствие секреторных изменений микрорельефа – персистенция микроворсинок и ресничек). При тотальном поражении эпителиоцитов эндометрия возникает маточное бесплодие. Мозаичное повреждение микрорельефа приводит к формированию гетерогенной структуры преовуляторного эндометрия, при которых имплантация бластоцисты в данном цикле возможна, но в дальнейшем остается высокий риск прерывания беременности. К началу менструации в эндометрии сохраняются жизнеспособные клетки с микроворсинчатым и реснитчатым рельефом. Эти клетки обладают повышенным адгезивным потенциалом, повышенными пролиферативными свойствами и способны к длительному гетеротопическому переживанию. Овариальная недостаточность является причиной ретроградной менструации. В случае ретроградного заброса в брюшную полость агрес-

сивных клеток эндометрия с повышенной способностью к межклеточным взаимодействиям, инвазии и эктопической пролиферации возникает перитонеальный эндометриоз. Активные эндометриодные гетеротопии поддерживают овариальную недостаточность и создают условия для маточного бесплодия.

Заключение. Перитонеальный эндометриоз и ассоциированное с ним бесплодие – это сопряженные взаимосвязанные звенья одного патологического процесса, основой которого является хроническая овариальная недостаточность. Персистенция микроворсинчатого покрова на эпителиоцитах эндометрия в позднюю секреторную фазу цикла при перитонеальном эндометриозе указывает на недостаточность секреторной трансформации эндометрия, овариальную недостаточность и приводит к нарушению имплантации яйцеклетки, бесплодию или прерыванию беременности.

Повзун С.А.¹, Беженарь В.Ф.^{2,3}, Цвелёв Ю.В.², Фридман Д.Б.^{1,2}

¹Кафедра патологической анатомии, ²кафедра акушерства и гинекологии ВМедА, ³ГУ НИИ акушерства и гинекологии им. Д.О. Отта РАМН, Санкт-Петербург, Россия.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ БИОПСИЙНЫХ МЕТОДИК В ДИАГНОСТИКЕ АДЕНОМИОЗА

Актуальность проблемы. Использование малоинвазивных методик в диагностике аденомиоза позволяет достоверно диагностировать аденомиоз на основании данных гистологического исследования образца миометрия.

Материалом исследования послужили матки, удаленные при гистерэктомии (n=32), при патоморфологическом исследовании которых впоследствии в 24 случаях (75 %) был диагностирован аденомиоз. Проводили in vitro имитацию трансцервикальной, трансабдоминальной пункционной, щипковой и резекционной биопсии эндомиометрия.

Результаты исследования:

- для щипковой биопсии характерны малый объем образца получаемой ткани ~ 1мм³, невозможность получения материала из глуболежащих слоев миометрия;

- для резекционной биопсии – невозможность

получения материала из глуболежащих слоев миометрия, высокая толщина зоны бокового термического некроза, приведшая к тому, что 70 % препаратов были неинформативны;

- для трансцервикальной пункционной биопсии – получение гистологического материала из внутренних отделов миометрия, чувствительность 5-и точечной – 48 %, 6 – 8-точечной – 83 %;

- для трансабдоминальной пункционной – получение гистологического материала из наружных слоев миометрия, невозможность определения глубины железистой инвазии, чувствительность метода для 8-и точечной биопсии – 58 %.

Выводы. Таким образом, 6-ти точечная трансцервикальная пункционная биопсия миометрия является оптимальным методом получения гистологического подтверждения аденомиоза.

Повзун С.А.¹, Фридман Д.Б.^{1,2}

¹Кафедра патологической анатомии, ²кафедра акушерства и гинекологии ВМедА, Санкт-Петербург, Россия

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ СООТВЕТСТВИЯ УЛЬТРАЗВУКОВЫХ ПРИЗНАКОВ АДЕНОМИОЗА

Актуальность проблемы. Сонография является рутинным методом исследования в гинекологии. УЗИ – практически единственный метод, позволяющий заподозрить аденомиоз без проведения ин-

вазивного вмешательства. Выяснение соответствия сонографических признаков аденомиоза морфологическим изменениям эндомиометрия при эндометриодной инвазии позволяет определить спе-