

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-

цифичность и целесообразность ориентировки на указанные признаки.

Материалом исследования послужили данные сонографического исследования и результаты гистологического исследования, полученные у 24 больных ургентными негравидарными метроррагиями (УНМ).

Результаты исследования. Наличие мелких кистозных включений, выявляемое при сонографии, не может быть объяснено наличием гетеротопий, но связано с наличием фиброзных изменений в миометрии, причем по мере увеличения сосудистого компонента миометрия информативность признака снижается,

как за счет уменьшения удельной площади фиброзной ткани, так и за счет невозможности распознать отдельные включения на фоне общей неоднородности миометрия. Диффузная неоднородность миометрия, выявляемая при УЗИ, в большей степени связана с развитием отека мышечной ткани, особенно выраженного в прилежащих к гетеротопиям участках миометрия. Наиболее эффективным сонографическим признаком наличия аденомиоза является визуализация М-эха свыше 5 мм на третьи сутки после кюретажа полости матки, что является отражением гиперплазии базального слоя эндометрия и прилежащих к нему участков миометрия.

Попов А.А., Мачанские О.В., Мананникова Т.Н., Шагинян Г.Г., Рамазанов М.Р.

Московский областной НИИ акушерства и гинекологии
МЗиСР РФ, Россия

ЧАСТОТА НАСТУПЛЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПОСЛЕ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ ГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА

Материал и методы. Наружный генитальный эндометриоз как причина бесплодия был выявлен при лапароскопии у 401 пациентки. У пациенток с I-II стадией генитального эндометриоза проводилась термодеструкция очагов эндометриоза, пациенткам с III-IV стадией распространения проведены: термодеструкция очагов эндометриоза, удаление эндометриoidных кист яичников, разделение обусловленных эндометриозом сращений, резекция эндометриoidного инфильтрата.

Результаты исследования. Лапароскопические операции при инфильтративном эндометриозе имели свои связанные с необходимостью отсечения ретроцервикального инфильтрата от тела матки, мобилизации передней стенки прямой кишки при вовлечении ее в патологический процесс, уретеролизиса по показаниям, иссечения инфильтрата в пределах неизмененных тканей. Интраоперационные осложнения отмечены у 2 больных (0,9 %) во II группе. Это ранение мочеточника при его выделении из инфильтрата в одном случае, в другом случае при мобилизации тела матки вскрыт просвет ректосигмоидного отдела толстой кишки. Таким образом, частота урогенитальных и «кишечных» осложнений в случаях вовлечения в патологический процесс мочеточников и толстой кишки выше при использовании лапароскопического доступа, чем абдоминального и составила 1,6 %. В связи с этим оправдан переход от лапароскопии к лапаротомии, так как более важно радикальное удаление пораженных тканей, а не стремление

хирурга закончить операцию лапароскопически.

Больные двух групп разделены на две подгруппы: подвергшиеся только хирургическому лечению (подгруппа А) и перенесшие хирургическое лечение с последующей гормональной терапией в течение 6 месяцев (подгруппа Б). Пациенткам данной группы назначались препараты агонисты релизинг-гормонов (люкрин-депо, золадекс, диферелин) сроком на 6 месяцев. Отмечено, что на частоту наступления беременности влияет степень распространения генитального эндометриоза, а также наличие или отсутствие последующего гормонального лечения. Так, у пациенток подгруппы IA беременность наступила в 45,2 %, тогда как у пациенток подгруппы ПА беременность наступила лишь в 11,8 % случаев. При применении двухэтапной схемы лечения (I этап – деструкция очагов эндометриоза; II этап – медикаментозное лечение) беременность у пациенток наступала чаще (группа IA – 63,4 %, группа ИБ – 28,5 %). Это позволяет оценивать данную тактику лечения как перспективную в лечении бесплодия, обусловленного наружным генитальным эндометриозом.

Заключение. Необходимо отметить, что при наличии тяжелых форм заболевания, значительных анатомо-функциональных изменений со стороны внутренних половых органов, вызванных обширным спаечным процессом, эндоскопию целесообразно использовать в качестве подготовительного этапа перед использованием вспомогательных репродуктивных технологий (ЭКО и ПЭ).