

Винахід відноситься до галузі медицини, зокрема до гінекології та може бути використаний у клініках для діагностики внутрішнього ендометріозу.

Відомо спосіб діагностики внутрішнього ендометріозу (Popp L.W., Schwidessen J.P., Gaetje R. Myometrial biopsy in the diagnosis of adenomyosis uteri // Am. J. Obstet. Gynecol. - 1993. - V.169, N3. - P.546 - 9) шляхом проведення лапароскопії, забору біоптату міометрію пункційною біопсійною голкою, введеною через троакар, гістологічного дослідження біоптату. При наявності у біоптаті міометрію осередків ендометріозу виставляють відповідний діагноз.

Недоліками відомого способу є: незмога цілеспрямованого вибору оптимального місця для біопсії, важкість визначення необхідної глибини занурення голки у міометрій, введення голки зі сторони серозної оболонки матки, тоді як ендометріюїдний процес розповсюджується з боку ендометрію, мала достовірність діагностики внаслідок великої вірогідності відсутності захвату ендометріюїдної тканини в біоптат навіть при наявності патологічного процесу в міометрії.

Відомо спосіб діагностики внутрішнього ендометріозу (Wood C. and Wingfield M. Biopsy diagnosis and conservative surgical treatment of adenomyosis // The Proceeding of the 4th World Congress on Endometriosis, 25 - 28 May 1994. - Brazil, 1994. - P.349 - 351) шляхом транспіхвового ультразвукового дослідження для направлено вибору ділянки міометрію, ураженого патологічним процесом, одночасного забору біоптату міометрія пункційною біопсійною голкою через передню брюшну стінку по білій лінії живота, гістологічного дослідження біоптату. При наявності в біоптаті міометрія осередків ендометріозу виставляють відповідний діагноз.

Недоліками відомого способу є: можливість поранення сечового міхура та петель кішок, трудність забору біоптату міометрію з задньої стінки матки, введення голки з боку серозної оболонки матки, тоді як ендометріюїдний процес розповсюджується з боку ендометрію.

Найбільш близьким по технічній суттєвості заявляемому способу є спосіб діагностики внутрішнього ендометріозу (McCausland A.M. Hysteroscopic myometrial biopsy: Its use in diagnosing adenomyosis and its clinical application // Am. J. Obstet. Gynecol. - 1991. - V.166, N6, Part 1. - P.1619 - 28) шляхом проведення гістероскопії, вирізання полоски тканини ендометрію та міометрію з задньої стінки матки петлею резектоскопу з використанням ріжучого режиму постачання монополярного струму, одночасної коагуляції місця біопсії, гістологічного дослідження біоптату. При наявності в біоптаті міометрію осередків ендометріозу виставляють відповідний діагноз.

Недоліками відомого пристрою є: неможливість у більшості випадків цілеспрямованого вибору оптимального місця біопсії, важкість визначення необхідної глибини занурення петлі резектоскопу для одночасного захвату не тільки слоя ендометрію, але й міометрію, низька достовірність діагностики внаслідок вірогідності відсутності захвату ендометріюїдної тканини в біоптат навіть при наявності патологічного процесу в міометрії, відносно велика площа пошкодження ендометрію та міометрію, труднощі при патогістологічному дослідженні у зв'язку з коагуляційним пошкодженням частини біоптату.

В основу винаходу поставлена задача діагностики внутрішнього ендометріозу шляхом гістероскопії, попереднього транспіхвового та одночасного трансабдомінального ультразвукового дослідження, забору біоптату ендометрію та міометрію голковою пункційною біопсією ендометрію, наступною коагуляцією місця біопсії, гістологічного дослідження біоптату, постановки діагнозу внутрішнього ендометріозу при виявленні відповідних патологічних процесів у біоптаті, що у сукупності дає змогу збільшення достовірності діагностики ендометріозу тіла матки.

Суть винаходу є в такому. Хворій проводять попереднє транспіхвове ультразвукове дослідження, потім - гістероскопію з одночасним трансабдомінальним ультразвуковим дослідженням для вибору оптимального місця біопсії, проводять забір тканин ендометрію та міометрія голковою пункційною біопсією, коагулюють місце біопсії, проводять гістологічне дослідження біоптату, виставляють діагноз ендометріоза матки при наявності відповідних патологічних осередків у біоптаті.

Новим у заявляемому способі є те, що додатково проводять попереднє транспіхвове ультразвукове дослідження, потім одночасно з гістероскопією - трансабдомінальне ультразвукове дослідження, проводять забір біоптату голковою пункційною біопсією ендометрію та міометрію під контролем гістероскопії та трансабдомінального ультразвукового дослідження, потім коагулюють місце біопсії та проводять гістологічне дослідження біоптату.

Гістероскопічний огляд при оптичному збільшенні у 7 - 8 разів та проведення попереднього трансабдомінального з одночасним транспіхвовим ультразвуковим дослідженням дає змогу візуалізувати ділянки стінок матки з ознаками ураження ендометріозом та провести цілеспрямований вибір оптимального місця біопсії. Проведення одночасного з гістероскопією голковою пункційною біопсією трансабдомінального ультразвукового дослідження дає змогу виявити необхідну глибину занурення пункційної голки в міометрій. Проведення голкової біопсії зводить до мінімуму площу руйнування ендометрію та міометрію. Коагуляція місця біопсії після вилучення біоптату виключає коагуляційне пошкодження тканин, що поліпшує можливості та якість патогістологічної діагностики. Таким чином, сукупність перерахованих ознак дає можливість цілеспрямованого забору оптимальної кількості біоптату без його пошкодження та з мінімальним, ушкодженням досліджуваного органу.

Спосіб реалізують таким чином.

Проводять ретельний збір анамнезу у пацієнтки, повне клінічне обстеження. При підозрі на внутрішній ендометріоз проводять транспіхвове ультразвукове дослідження, потім проводять гістероскопію з одночасним трансабдомінальним ультразвуковим дослідженням, після вибору оптимального місця біопсії пунктують стінку матки пункційною біопсійною голкою, занурюючи її на необхідну глибину під контролем трансабдомінального ультразвукового дослідження, вилучають забрану тканину, коагулюють місце біопсії з метою гемостазу під контролем гістероскопії, досліджують гістологічно отриманий біоптат, виставляють, діагноз ендометріоза матки при наявності відповідних патологічних осередків у досліджуваному біоптаті.

Приклад 1. Хвора М., 42 років, поступила у клініку зі скаргами на постійні болі у низу живота,

підсилюючись перед та у час менструації, чрезмірні менструації, мажущі темно-коричневі виділення з статевих шляхів після їх закінчення тривалістю до тижня, слабкість, роздратованість. При піхвовому дослідженні: тіло матки збільшене до 7 - 8 тижнів вагітності, нерівномірної щільності, вразливе при дослідженні. У аналізі крові - зниження рівня гемоглобіну до 88г/л, числа еритроцитів до 2,1Т/л. Проводимо на протязі 6 місяців гормональне та антианемічне лікування - без ефекту. Запідозрена наявність у пацієнтки внутрішнього ендометріозу. При проведенні транспіхвового ультразвукового дослідження виявлено: потовщення передньої стінки матки у порівнянні з задньою на 0,9см, нерівномірність товщі та зазубреність базального слою ендометрію, появлення у міометрії передньої стінки матки, безпосередньо прилягаючому до порожнини матки, різної товщини зон збільшеної неоднорідної ехогенності, наявність у зоні збільшеної ехогенності невеликих округлих анехогенних утворювань діаметром 2 - 5мм, а також ріднинних порожнин різної форми та розмірів, містящих у собі дрібнодисперсну завись (кров). При огляді порожнини матки під час гістероскопії на передній стінці матки на фоні нерівномірно потовщеної слизової жовтуватого кольору виявлені осередки діаметром до 2 - 3мм синюшно-багрового кольору. Проведено забір біоптату ендометрію голковою пункційною біопсією під контролем глибини занурення голки у товщу стінки матки трансабдомінальним ультразвуковим дослідженням, потім коагуляція місця біопсії. При патогістологічному дослідженні виявлені залозиста гіперплазія ендометрію, ендометріоз матки. Клінічний діагноз: ендометріоз матки, очагова форма; залозиста гіперплазія ендометрію. Внаслідок відсутності ефекту від гормонального лікування на протязі півроку та анемізації хворої прийнято рішення про оперативне лікування. Зроблена проста екстірпація матки з лівими придатками. При гістологічному, дослідженні видалених тканин діагноз ендометріозу матки підтверджено.

Приклад 2. Хвора Р., 38 років, поступила у клініку зі скаргами на болі у низу живота перед та у час менструації, мажущі темно-коричневі виділення з статевих шляхів до та після менструації, значну болісність при статевих зносинах. При піхвовому дослідженні: тіло матки збільшене до 6 - 7 тижнів вагітності, вразливе при дослідженні. Запідозрена наявність внутрішнього ендометріозу. При проведенні транспіхвового ультразвукового дослідження виявлено: потовщення стінок матки, нерівномірність та зазубреність базального слою ендометрію, відходження від ендометрію у напрямі к міометрію невеликих (діаметром біля 1мм) анехогенних трубчатих структур. При огляді порожнини матки під час гістероскопії ендометрій нерівномірно потовщений, рожево-жовтого кольору. Зроблено забір біоптату ендометрію голковою пункційною біопсією під контролем глибини занурення голки у товщу стінки матки трансабдомінальним ультразвуковим дослідженням, потім коагуляція місця біопсії. При патогістологічному дослідженні виявлені залозиста гіперплазія ендометрію, ендометріоз матки. Клінічний діагноз: ендометріоз матки, дифузна форма, I - II ступінь розповсюдження; залозиста гіперплазія ендометрію. Призначено курс відповідного гормонального лікування на 6 місяців. Після проведеного лікування стан хворої поліпшився, болі перед та у час менструації та явищ диспареунії не було.

Перевагами заявленого способу є: цілеспрямований забір оптимальної кількості біоптату без його пошкодження з мінімальним ушкодженням досліджуємого органу, збільшення достовірності діагностики внутрішнього ендометріозу.