**Тоня Алла Герасимівна. Порівняльний аналіз ефективності методів діагностики гіперпластичних захворювань ендо- і міометрія: дисертація канд. мед. наук: 14.01.01 / Одеський держ. медичний ун-т. - О., 2003**

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | Тоня А.Г. Порівняльний аналіз ефективності методів діагностики гіперпластичних захворювань ендо- і міометрія.- Рукопис.  Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.01 – акушерство та гінекологія. – Одеський державний медичний університет МОЗ України. – Одеса, 2003.  Дисертація присвячена вивченню діагностичних можливостей неінвазивних (ультрасонографія, допплерометрія, магнітно-резонансна томографія) та інвазивних (гістероскопія, лапароскопія) методів для виявлення доброякісних гіперпластичних захворювань матки і покращання результатів лікування.  Під нашим спостереженням знаходилось 257 жінок репродуктивного та пременопаузального віку з гіперпластичними процесами ендо- і міометрія.  Нами встановлено, що на першому етапі обстеження з метою діагностики та диференційної діагностики інтрамуральної і субсерозної міоми матки, аденоміозу та гіперплазії ендометрія доцільно використовувати трансвагінальну сонографію (відповідно чутливість – 85,5 %, 82,8 % та 95,7 % , специфічність –75,6 %, 71,4 % та 74, 1% ; субмукозної міоми матки і поліпів ендометрія – гідросонографію; міоми матки та аденоміозу – ТВС, і, за необхідності, МРТ (чутливість 97,1 % та 95,0 %, специфічність – 80,8 % та 78, 6 %).  На другому етапі при сумнівних даних сонографічної діагностики для підтвердження догістологічного діагнозу і визначення тактики лікування слід впроваджувати ендоскопічні та більш високоточні інтраскопічні методи візуалізації. Для підтвердження діагнозу гіперплазії, поліпа ендометрія або субмукозної міоми матки слід використовувати гістерорезектоскопію (з можливістю проведення одночасного оперативного втручання), при підозрі на аденоміоз та “молоді” міоматозні вузли – магнітно-резонансну томографію.  Інтраскопічна візуалізація “молодих” міоматозних вузлів, що мають тенденцію росту, у пацієнток репродуктивного віку може бути показанням до лапароскопічної консервативної міомектомії. Наявність супутнього аденоміозу, а також міоми матки, яка збільшує об’єм порожнини матки, погіршують результати гістероскопічної аблації ендометрія у пацієнток з матковими кровотечами, що свідчить про необхідність застосування комбінованих методів лікування або радикального оперативного втручання. | |
| |  | | --- | | У дисертації вирішено актуальну задачу сучасної гінекології – вдосконалення методів диференційної діагностики гіперпластичних захворювань ендо- і міометрія на підставі визначення діагностичної точності інвазивних і неінвазивних методів візуалізації з метою оптимізації результатів лікування та зменшення числа рецидивів, покращання якості життя пацієнток.   1. Клінічний перебіг гіперпластичних процесів ендо- і міометрія характеризується помолодшанням віку хворих (середній вік 40, 6 року), розвитком поєднаної патології (у 29,6 % пацієнток), частим рецедивуванням (22, 6 %), погіршенням якості життя пацієнток (78, 2 %). Клінічна картина захворювання і особливості преморбідного фону не можуть бути критеріями точного діагнозу. 2. Оптимізація діагностики гіперпластичних процесів матки у жінок в репродуктивному і пременопаузальному віці досягається шляхом поетапного застосування інтра- і ендоскопічного обстеження. Для діагностики гіперпластичних процесів ендометрія найбільш доцільно поєднане застосуванні ТВС, гідросонографії (при підозрі на поліп ендометрія) і гістероскопії (відповідно чутливість – 95,7 % і 90,4 % специфічність - 74,1 % і 72,2 %); міоми матки та аденоміозу – ТВС і МРТ (для МРТ чутливість – 97,1 % і 95,0 %, специфічність- 80,8 % і 78,6 %). 3. При поєднаних гіперпластичних процесах матки (міома матки, аденоміоз, гіперпластичні процеси ендометрія) точність діагностики та контролю ефективності лікування на доінвазивному етапі обстеження підвищується при послідовному використанні ТВС, допплерометрії кровотоку в маткових артеріях і МРТ (для МРТ чутливість- 94,7 % специфічність- 75,0 %). 4. Інвазивні методи діагностики (гістероскопія, лапароскопія) є найбільш цінними на ІІ етапі обстеження у зв’язку з можливістю одночасної біопсії ендо- і міометрія і лікувального хірургічного впливу (підслизова і субсерозна міома матки, поліпи ендометрія), але мають обмежену цінність у пацієнток з аденоміозом. Інтраопераційна ТВС дозволяє покращити результати органозберігаючого лікування у хворих репродуктивного віку з субсерозно-інтрамуральною локалізацією вузлів міоми матки. 5. При розробці лікувальних алгоритмів слід враховувати наявність поєднаної патології ендо- і міометрія. Протипоказаннями для органозберігаючого лікування у жінок пременопаузального віку може бути наявність аденоміозу або “молодих” міоматозних вузлів, збільшення об’єму порожнини матки за даними ТВС і МРТ. 6. З метою контролю ефективності органозберігаючих оперативних втручань на матці доцільно використовувати комплекс неінвазивних інтраскопічних методів візуалізації: ТВС, допплерометрію кровотоку в артеріях малого таза і магнітно-резонансну томографію. 7. Використання розроблених діагностично-лікувальних алгоритмів дозволить покращити результати лікування хворих з гіперпластичними процесами матки (зменшення тазових болів в 3,2 рази, аномальних маткових кровотеч – в 5,6 рази, частоти дисменореї в 4,3 рази, позитивна динаміка репродуктивної функції, покращення якості життя пацієнток в 2,8 рази). | |