

О.М. Куца

ОЦІНКА ІНФІКУВАННЯ ПАРВОВІРУСОМ В 19 У ЖІНОК З ПЕРИНАТАЛЬНИМИ ВТРАТАМИ

Івано-Франківський національний медичний університет

ОЦІНКА ІНФІКУВАННЯ ПАРВОВІРУСОМ В 19 У ЖІНОК З ПЕРИНАТАЛЬНИМИ ВТРАТАМИ. Діагностика утробної інфекції під час вагітності, враховуючи неспецифічність її клінічних проявів, у більшості випадків утруднена і можлива тільки в результаті поєднання клінічних та лабораторно - інструментальних методів обстеження. На сьогодні ми не маємо достовірних уявлень як про розповсюдження перинатальних інфекцій, так і про можливість ураження та захворювання плода від інфікованої матері. Заключення про частоту тої чи іншої інфекційної перинатальної патології виносять, як правило, ретроспективно, на основі матеріалів про виявлення хворих дітей. Спотворенню показників інфікованості, захворюваності, ризику вертикального передачі збудників сприяє і відсутність мікробіологічного моніторингу всіх плодів при перерваній вагітності, обов'язкового мікробіологічного вивчення тканин мертвороджених дітей, а також плацент у всіх випадках передчасних, ускладнених пологів чи пологів, що завершилися народженням хворої, слабкої або маловагової дитини. Останніми роками з'являється багато повідомлень про негативний вплив парвовірусної В19 материнської інфекції на плід. Цей тип вірусу патогенний тільки для людини і розмножується виключно в попередниках еритроцитів людини. Інфікування парвовірусом не є показом до переривання вагітності, оскільки він не здійснює тератогенний вплив на плід, проте досить часто він може бути причиною розвитку серйозних ускладнень під час вагітності – анемії плода, водянки плода, невиношування вагітності, внутрішньоутробної загибелі плода. Нами обстежено 44 вагітних жінки, у 14 з яких вагітність ускладнилась неімунним набряком плода. Контрольну групу склали 20 жінок, вагітність у котрих перебігала без ускладнень. Проводилось обстеження на визначення TORCH-інфекції методом імуноферментного аналізу для визначення IgG і IgM та полімеразної ланцюгової реакції, ультразвукове дослідження плода, вагітні пройшли медико-генетичне консультування. Встановлено, що парвовірусна інфекція у вагітних відіграє важливу роль у виникненні неімунного набряку плода, крім того, призводить до виникнення плацентарної недостатності, багатоводдя, маловоддя, вентрикуломегалії плода, передчасних пологів, антенатальної загибелі плода.

ОЦЕНКА ИНФИЦИРОВАНИЯ ПАРВОВИРУСОМ В19 ЖЕНЩИН С ПЕРИНАТАЛЬНЫМИ ПОТЕРЯМИ. Диагностика утробной инфекции во время беременности, учитывая неспецифичность клинических проявлений ее, у большинстве случаев затруднена и возможна только при воссоединении клинических и лабораторно-инструментальных методов исследования. На сегодняшний день у нас не имеется стопроцентных представлений о распространенности перинатальных инфекций, как и о возможности заражения и заболевания плода от инфицированной матери. Заключение о частоте той или иной инфекционной перинатальной патологии определяют ретроспективно, обосновываясь на материалах о выявлении больных детей. Неправдоподобности показателей инфицированности, риска вертикальной передачи возбудителей сопутствует и отсутствие микробиологического мониторинга всех плодов при прерванной беременности, обязательного микробиологического изучения тканей мертворожденных детей, а также плацент у всех случаях преждевременных, осложненных родов или родов, которые закончились рождением больного, слабого или ребенка с малой массой тела. В последние годы появляется много данных о негативном влиянии парвовирусной В19 материнской инфекции на плод. Этот тип вируса патогенный только для человека и размножается исключительно в предшественниках эритроцитов человека. Инфицирование парвовирусом не является указанием к прерыванию беременности, так как он не имеет тератогенного влияния на плод, однако, очень часто он может быть причиной развития серьезных осложнений при беременности – анемии, водянки плода, невынашивания беременности, внутриутробной смерти плода. Нами обследовано 44 беременных женщины, у 14 из которых беременность осложнилась неиммунной водянкой плода. 20 беременных женщин составили контрольную группу, беременность у которых протекала без осложнений. Проводилось обследование на определение TORCH – инфекции методом иммуноферментного анализа для определения IgG и IgM та полимеразной цепной реакции, ультразвуковое исследование плода, беременные прошли медико - генетическое консультирование. Определено важную роль парвовирусной инфекции у возникновении неиммунной водянки плода, кроме того, она приводит к возникновению плацентарной недостаточности, многоводия или маловодия, вентрикуломегалии плода, преждевременных родов, антенатальной смерти плода.

ASSESSMENT OF PARVOVIRUS B19 INFECTION IN WOMEN WITH PERINATAL LOSSES. Diagnostics of uterine infection during pregnancy (including its unspecific clinical manifestations) in most cases is complicated and possible only in combination of clinical and laboratory-instrumental methods of investigation. At present we don't have reliable facts concerning both perinatal infections spreading and possibility of infecting of a fetus from its contaminated mother. Conclusions concerning the frequency of any infective perinatal pathology are usually made retrospectively on the basis of the records of ill children revelation. False indices of contamination, morbidity, risk of vertical agents transmission are explained by the absence of the microbiological monitoring of all fetuses in terminated pregnancy, compulsory microbiological investigation of the dead-born babies' tissues, and placentas in all cases of premature complicated delivery. Recently a lot of facts have appeared concerning the negative influence of parvovirus B19 maternal infection on the fetus. This type of the virus is pathogenic only for people and it multiplies in human erythrocytes precursors exclusively. Parvovirus infection is not the indication for induced abortion as it doesn't have teratogenic influence on the fetus, but it often can be the cause of serious complications development during pregnancy – fetal anemia, fetal hydrops, miscarriages, intrauterine fetus death. 44 pregnant women have been examined by us, 14 of them had non-immune fetal edema. 20 pregnant women, who belonged to the control group, had no problems with their health. We have performed the determination of TORCH infection with the help of immune-enzymatic test for estimation of IgG, IgM, and polymerase chain reaction; the ultrasound investigation of fetuses and women's medical-genetic consulting have been carried

out. It has been proved that parvovirus infection in pregnant women plays important role in non-immune fetal edema, it also leads to placental insufficiency, polyhydramnios, fetal ventriculomegaly, premature delivery, antenatal fetal death.

Ключові слова: парвовірусна В19 інфекція, антенатальна загибель плода, неімунний набряк плода, вагітність.

Ключевые слова: парвовирусная В19 инфекция, антенатальная смерть плода, неимунная водянка плода.

Key words: parvovirus B19 infection, antenatal fetal death, non-immune fetal edema, pregnancy.

ВСТУП. Відомо, що здоров'я людини починає формуватися протягом періоду внутрішньоутробного розвитку на підґрунті оптимального репродуктивного, імунобіологічного, мікробіологічного та соматичного здоров'я подружньої пари. Перинатальний період – неперевершений феномен життя людини, перебіг якого впливає на подальше соматичне, імунобіологічне та психоемоційне здоров'я людини, тобто взагалі визначає якість життя людини. В наш час особливо актуальною є проблема інфекцій для вагітних жінок, новонароджених та дітей раннього віку. Проблема внутрішньоутробних інфекцій вже багато років і надалі залишається актуальною, що обумовлено значним відсотком неонатальної захворюваності та перинатальних втрат. Термін внутрішньоутробна інфекція вказує на розвиток запального процесу в одному або кількох органах плода і пов'язаний з перинатальним зараженням інфекційним агентом. Боротьба з внутрішньоутробною інфекцією є однією з важливих медико-соціальних проблем акушерства та перинатології, пов'язаною з ураженням плода, що значною мірою є наслідком бактеріально-вірусних захворювань. В структурі захворюваності новонароджених перинатальні інфекції займають одне із провідних місць в зв'язку із зростанням частоти внутрішньоутробних інфекцій, частка яких за останні 5 років збільшилась вдвічі [1]. Збудниками внутрішньоутробних інфекцій є бактерії, грибки, численні віруси та їх асоціації в супроводі з аеробно – анаеробною флорою. Серед інфекцій, що поширюються статевим шляхом, значну роль відіграють хламідійні, мікоплазменні, уреоплазменні, цитомегаловірусні та герпесвірусні інфекції.

Останніми роками з'являється багато повідомлень про негативний вплив парвовірусної В19 материнської інфекції на плід [2]. Інфікування парвовірусом В19 призводить до аномалій розвитку плода, багатоводдя, передчасних пологів, синдрому затримки розвитку і росту плода, формування плацентарної недостатності, причому, ризик загибелі плоду складає близько 9% [3]. Парвовірус – один із найменших вірусів, що уражає ссавців (з латинської *parvum* – «маленький»), він складається із однопіткової ДНК, покритої білковим капсидом. Інші представники даного роду вірусів (парвовіриди) уражають собак, кішок, лисиць, ведмедів та для лю-

дей патогенний тільки штам В19 і розмножується він в попередниках еритроцитів людини. Вважають, що інфекція передається повітряно – крапельним шляхом, викликає картину схожу з грипом, інколи може з'являтися плямисто – папульозний висип на шкірі, болі в горлі, артралгія, артрози, транзиторна апластична анемія, субфебрилітет. Через 2 – 5 днів після появи перших симптомів у хворі з'являється висипка, переважно на щоках. Вона може поширитися на тіло і кінцівки, крім того, може знову з'явитися через кілька тижнів після початку хвороби під дією таких факторів, як різка зміна температури, надлишкова дія сонячного випромінювання або емоційний стрес. Вірусемія, як правило, розвивається через один тиждень після інфікування і триває біля кількох днів [4,5]. Характерна висипка розвивається приблизно через 16 днів після інюляції вірусу. IgM антитіла в 90% випадків з'являються через 4-7 днів після появи симптомів захворювання, а зростає їх рівень і досягає максимального показника приблизно на 30 день, потім знижується, хоча IgM антитіла можуть залишатися в сироватці крові протягом 4-х місяців. IgG антитіла починають з'являтися в сироватці через 7-10 днів після появи симптомів, рівень їх досягає максимуму через один місяць і залишається високим протягом кількох років. Присутність IgG антитіл в сироватці крові може обумовлювати довготривалий імунітет до інфекції парвовірусу В19.

Перші повідомлення про неімунну водянку плода орієнтували лікарів на виявлення парвовірусної інфекції. Є дані про те, що парвовірусна В19 інфекція зустрічається приблизно в 8-18% загиблих плодів з неімунним набряком [4].

Частота інфікування парвовірусом В19 становить 1 випадок на 400 вагітностей [5]. На думку N. Gaegashi та співавторів, ступінь ризику загибелі плода залежить від стадії гестації: при наявності інфікування в I триместрі вагітності – ризик загибелі плода складає 12,4%; в II триместрі вагітності – 10 %, якщо в I половині вагітності відбувається інфікування вагітної, загибель плода досягає 11%, в II половині – 6%. Парвовірусна інфекція В19 може пошкоджувати міокард плода внаслідок безпосередньої дії на серцеві м'язи і вторинної –гіпоксичної дії на м'язи, при цьому відмічається набряк ядер міоцитів. Наявність парвовірусу В19 в клітинах міокарда викликає субендокардіальний фібро-

бласт. У результаті спостерігаються застійні порушення серцевої діяльності, які призводять до збільшення гідростатичного тиску в капілярах.

Загибель плода може відбутися на різній стадії захворювання. Інтервал між захворюваннями матері та загибеллю плода становить 3-5 тижнів, але можливе продовження цього періоду до 11 тижнів. Самовільні викидні в I триместрі вагітності при парвовірусній інфекції В19 спостерігаються рідко, найбільш високий ризик загибелі плода в II триместрі вагітності, адже в цей період інтенсивно розвивається еритроїдний стовбур крові. Фатальні втрати спостерігаються в II триместрі вагітності. І хоча немає прямих підтверджень тератогенного впливу В19 на плід, у деяких роботах указано на наявність інфекції парвовірусу В19 в сполученні з аномаліями лицевого черепа та синдактилій у плода. Відомі випадки спонтанного зникнення набрякового синдрому у плода при лікуванні вагітної, викликаного парвовірусом В19, і ураження з наступною загибеллю одного з плодів біхоріальної двійні. Тому вважають, що парвовірусна інфекція, яка виникла при вагітності, не є вказівкою для її переривання. При ультразвуковому дослідженні визначаються такі ознаки внутрішньоутробного інфікування: асцит, полігідроамніоніт, розширення шлуночків мозку плода, гепатоспленомегалія, виявлення в черевній порожнині вільної рідини, яка змінюється при зміщенні положення тіла плода.

Неімунний набряк плода виникає в різні терміни вагітності, що залежить від етіологічного чинника. В першому триместрі вагітності неімунний набряк розвивається внаслідок хромосомних порушень [6], в пізніших термінах – значна роль відводиться блідій трепонемі, вірусу простого герпесу, Епштейна-Барра [7], окрім парвовірусу В19, а також таким станам, як гіпертиреоз, метаболічні порушення (мукополісахаридози), вади розвитку лімфатичної системи та інших органів.

Діагностика неімунного набряку плода базується на виявленні при ультразвуковому дослідженні генералізованого набряку підшкірної клітковини, перикардіального або плеврального випоту, асциту, багатоводдя, потовщення плаценти. Термін «водянка» чи «набряк» включає в себе наявність двох і більше вищеперелічених ознак.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ. Нами обстежено 44 вагітних жінки, у 14 з яких вагітність ускладнилась неімунним набряком плода. Контрольну групу склали 20 вагітних, клінічно здорових з нормальним перебігом вагітності. Ультразвукове дослідження плода і плацентарного комплексу проводили на апараті «Аloka SSD 1700» (Японія) в режимі реального часу. За допомогою ехографічного дослідження плода визначали – біпаріетальний розмір, середній ді-

метр живота і грудної клітки, розміри шлуночків мозку дитини, вимірювали площу, товщину і оцінювали ступінь зрілості плаценти, визначали кількість амніотичної рідини.

Всім вагітним проводилось обстеження на визначення TORCH-інфекцій, а саме: наявність цитомегаловірусної, герпесвірусної, Епштейна – Барр інфекцій, токсоплазмозу, краснухи під час вагітності. Дослідження проводились у приватних спеціалізованих лабораторіях, сертифікованих щодо визначення даних інфекцій. Крім того, було проведено визначення IgG і IgM методом імуноферментного аналізу та методом полімеразної ланцюгової реакції щодо наявності вищевказаних інфекцій та парвовірусу В19.

Всі вагітні пройшли медико-генетичне консультування, причому даних за хромосомні порушення не виявлено, біохімічні скринінги в межах гестаційної норми.

Плаценти відправляли на патогістологічне дослідження в патогістологічну лабораторію та було проведено морфологічно дослідження.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ. Вік жінок коливався від 19 до 39 років, первинно вагітних було 19, повторно вагітних – 25. Соматично всі вони були здорові.

Дослідження проведено у 14 жінок із встановленим діагнозом неімунний набряк плода. У них вагітність завершилась таким чином: у 11-ти жінок відбулись передчасні пологи у термінах вагітності 28-33 тижні, у 10-ти із цих жінок – мертвим плодом, 1 випадок – рання неонатальна смерть (дитинка померла до 3-х годин після народження). У 2-х жінок здійснено переривання вагітності у 20 тижнів за медичними показаннями, у однієї жінки діагноз неімунного набряку плода було знято після консультування в медико-генетичному центрі міста Львова.

Перебіг майже всіх вагітностей супроводжувався патологією плаценти (за УЗД) – 40,91%, загрозою переривання вагітності – 34,1%, багатоводдям – 20,45%, супутніми вадами розвитку плода (вади шлунково-кишкового тракту, асцит, гідроторакс, кистозна гідрома) – 4,54%.

Обстеження вагітних на TORCH-інфекції дало такі результати: у 40,9% діагностовано хронічну цитомегаловірусну персистуючу інфекцію, у 6,81% – реактивація хронічної Епштейна-Барра інфекції, інфікування вірусом геніального герпесу – у 27,27% жінок, у 9,1% – відмова від даного обстеження, у 15,1% вагітних інфікування інфекціями групи TORCH – не виявлено. Серологічна діагностика крові методом імуноферментного аналізу для визначення специфічних антитіл до парвовірусу В19 дала такі результати: IgG виявлено у 64,24 % вагітних із встановленим діагнозом неімунного набряку плода, у 21,4% наявні лише IgM, і у 14,36% – виявили наявність і IgM і IgG до парвовірусу В19. На-

явність IgG+, IgM- свідчить про перенесену інфекцію в минулому, наявність IgG+, IgM+ інфікування відбулося протягом останніх 7 – 120 днів, IgG-, IgM+ гостра інфекція, де є максимальний ризик для плода, IgG-, IgM- імунітету немає, є ризик інфікування.

У двох жінок, вагітність яких закінчилась мертвонародженням, із анамнезу відомо про перенесену ГРВ інфекцію в 1-му триместрі вагітності, що супроводжувалася нездужанням, лихоманкою, артралгіями, що може бути симптомами прояву парвовірусної В19 інфекції. Таким чином, виявлення IgM у матерів за наявності клінічної симптоматики парвовірусної інфекції дозволяє розглядати парвовірус В19 у цих випадках як причину мертвонародження.

При макроскопічному дослідженні близько 40% плодових оболонок та плацент видавалися незмінними. В інших виявляли ділянки гіперемії, а також вогнища крапкових і плямистих крововиливів, сильний набряк і гіперемію пупкового канатика. При гістологічному дослідженні плодових оболонок встановлено, що сполучнотканинна строма їх була набряклою, особливо навколо кровоносних судин, всі шари яких місцями зруйновані. При цьому гладкі м'язові клітини середнього шару судин плодових оболонок знаходились в стані зернистої і гідрофільної дистрофії. У деяких венулах, капілярах і артеріолах реєстрували гіалінові тромби.

Вірусне ураження елементів фетоплацентарного комплексу та розвиток плацентарної дисфункції знайшло своє підтвердження у морфологічних змінах плаценти, які у даних жінок характеризувались обширними міжворсинчастими крововиливами, вогнищевим базальним децидуїтом на фоні інволютивних змін, вогнищевим хоріоамніонітом на фоні інволютивно-дистрофічних змін. Ці стани є результатом тривалого руйнівного впливу вірусу, оскільки на ранньому етапі під впливом шкідливих факторів відбувається активація адаптаційних механізмів фетоплацентарного комплексу та посилення компенсаторно-приспосувальних процесів. При тривалій дії вірусу надмірна активація діяльності плаценти і посилення всіх компенсаторних механізмів змінюються пригніченням, дезорганізацією основних функцій та розвитком незворотних деструктивних процесів в плацентарній тканині. Морфологічно при компенсованій плацентарній недостатності відмічається гіперваскуляризація ворсин аж до ангіоматозу, при інфекційних захворюваннях – дисоційований розвиток ворсинчастого хоріону, запальні зміни у всіх шарах плаценти з характерним гігантоклітинним метаморфозом, що спостерігалось у нашому дослідженні.

При ультразвуковому дослідженні спостерігали зміни хоральної пластинки (її підвищена ехогенність), гіперехогенні включення були на-

слідком склерозування ворсин у децидуальній оболонці, що обумовлено редукцією їхнього судинного русла. Зміни безпосередньо плацентарної тканини були різноманітні: підвищення ехогенності (9,09%), її гіперплазія (4,54%), розширення міжворсинчастого простору (2,72%), поля неоднорідної ехогенності (11,36%), наявність кальцифікатів (2,72%) і були наслідком компенсаторної проліферації ворсин, надлишкової васкуляризації ворсинчастого хоріону. Заслужувала на увагу така ехографічна ознака, як незріла плацента (4,54%).

При патоморфологічному дослідженні матеріалу мертвонароджених в переважній більшості виявили тканинні дисплазії, такі, як гліоматоз, порушення цитоархітекτονіки головного мозку, гіпоплазії, дисплазії нирок, легень, вогнища ембріональної тканини в легенях, нирках, мієлоз печінки, нирок, гіперплазії, кісти в органах. В надниркових залозах відмічено аденоматоз, незрілість, витончену кіркову речовину, вакуолізацію. Виявлено ознаки недостатності імунних органів – тимомегалію, дисплазію, гіперплазію кіркового шару, заміну функціональних структур сполучною тканиною.

ВИСНОВКИ. Парвовірусним інфекціям належить значна роль у виникненні неімунного набряку плода, про що свідчать дані нашого дослідження (ідентифікація у 35,76% IgM у сироватці крові вагітних). Крім того, інфікування парвовірусом В19 призводить до виникнення плацентарної недостатності, маловоддя, багатоводдя, вентрикуломегалії плода, передчасних пологів. Тому необхідність своєчасної діагностики інфікування та персистенції парвовірусу В19 становить важливе завдання. А включення в обов'язковий комплекс алгоритму діагностично – лікувальної програми обстеження на парвовірус В19 групи високого інфекційного ризику дозволить чітко сформулювати та знизити відсоток перинатальної захворюваності і смертності. Інфікування парвовірусом не є показом до переривання вагітності, оскільки на сьогодні достовірно не встановлено його тератогенного впливу на плід, проте, як показали наші дослідження, інфікування даним збудником може бути причиною розвитку серйозних ускладнень вагітності – анемії плода, водянки плода, невиношування вагітності, хронічної плацентарної недостатності, внутрішньоутробної загибелі плода. Нами обстежено 44 вагітних жінки, у 14 з яких вагітність ускладнилась неімунним набряком плода. Проводили обстеження на визначення TORCH- інфекції методом імуноферментного аналізу для визначення IgG і IgM та полімеразної ланцюгової реакції, ультразвукове дослідження плода, вагітні пройшли медико-генетичне консультування. Враховуючи результати дослідження, необхідно проводити своєчасну ультразвукову діагностику та корекцію імунних порушень; розпочинаючи з догестаційного етапу

проводити визначення IgG та IgM методом імуноферментного аналізу та визначення експрес-методом ДНК до парвовірусу В19, що в 97% випадків мають вірогідний результат і можуть бути використані як основні серологічні дослідження парвовірусної В19 інфекції, що дозволить суттєво знизити негативні перинатальні наслідки. Особливо це стосується тих жінок, котрі контактують з дітьми (наявність дітей в сім'ї, робота в дошкільних закладах, школах), оскільки у них високий ризик інфікування.

Література

1. Орехов К.В. Внутрішньоутробні інфекції і патологія новонароджених / К.В. Орехов. – М.: Медпрактика, 2002. – 252с.
2. Crane J. Society of obstetricians of Canada. Parvovirus B19 infection in pregnancy / J.Crane // J. Obstet.Gynecol. – 2002. – V.24, №9. – P.727-743.
3. Foster R.T. Differentiale transmission of parvovirus B19 in a twin gestation: a case report / R.T. Foster, S.R. Allen // Twin research. – 2004. – V.7, №5. – P.412-414.
4. Enders M. Fetal morbidity and mortality after acute human parvovirus B19 infection in pregnancy: prospective evaluation in 1018 cases/ M.Enders, A.Weinez, I. Zoellner

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ.

Перспективним є проведення подальших досліджень щодо перинатальних ускладнень, пов'язаних з інфікуванням парвовірусом В19, тому що подальші дослідження приведуть до включення обстеження на парвовірус В19 в обов'язкову програму діагностичних заходів, створиться алгоритм лікувальних та профілактичних заходів, починаючи з прегравідарного етапу, а це, в свою чергу, дозволить знизити відсоток негативних перинатальних наслідків.

[et al.] // Obstet.Gynecol.Surv. – 2005. – V.60, №2. – P.83-84.

5. Башмакова М.А. Парвовирусная инфекция В19 при беременности. Пренатальная диагностика / М.А. Башмакова, А.М. Савичева. – М.: Реальное время. – 2005. – т.4, №2. – с. 94-96.

6. Sohan K. Acta Obstetric and gynecologia / K.Sohan, S.Carroll, S. De La Fuente [et al] // Obstet. Cynecol. Scand. – 2001. – V.80, №8. – P.726-730.

7. Dubois – Lebbe G. Prenatal diagnostic / G.Dubois – Lebbe, V. Houfflin – Debarge, A.Dewide [et al.] // Prenat.Diagnost. – 2007. –V.27, №2. – P188-189.

УДК 618.141 + 618.145]-007.61-07.085

Л.П. Кузьмук

ВНУТРІШНІЙ ЕНДОМЕТРІОЗ: ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА ТА ПАТОГЕНЕТИЧНА ТЕРАПІЯ З УРАХУВАННЯМ ЗБЕРЕЖЕННЯ РЕПРОДУКТИВНОЇ ФУНКЦІЇ

Головний військово-клінічний медичний центр «ГВКГ», Київ

ВНУТРІШНІЙ ЕНДОМЕТРІОЗ: ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА ТА ПАТОГЕНЕТИЧНА ТЕРАПІЯ З УРАХУВАННЯМ ЗБЕРЕЖЕННЯ РЕПРОДУКТИВНОЇ ФУНКЦІЇ. В статті представлений огляд наукових публікацій щодо сучасних уявлень про патогенез аденоміозу, морфологічні зміни в міометрії, які викликають характерні для захворювання феномени, вплив аденоміозу на порушення репродуктивної функції, проведено порівняльний аналіз діагностичної цінності сучасних методів дослідження та лікування аденоміозу.

ВНУТРЕННИЙ ЭНДОМЕТРИОЗ: ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА И ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ С УЧЕТОМ СОХРАНЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ. В статье представлен обзор научных публикаций о современных представлениях о патогенезе аденомиоза, морфологических изменениях в миометрии, которые вызывают характерные для заболевания феномены, влияние аденомиоза на нарушение репродуктивной функции, выполнен сравнительный анализ диагностической ценности современных методов диагностики и лечения аденомиоза.

AN INTERNAL ENDOMETRIOSIS: DIFFERENTIAL DIAGNOSTICS AND PATHOGENETIC THERAPY TAKING INTO ACCOUNT PRESERVED REPRODUCTIVE FUNCTION. The article on modern scientific publications about the pathogenesis of adenomiosis, morphological changes of myometrium, the contribution of adenomiosis in reproductive function, corporative analysis of modern methods of diagnostics and treatment adenomiosis.

Ключові слова: аденоміоз, ендометрій, безпліддя, гістероскопія, лікування аденоміозу.

Ключевые слова: аденомиоз, эндометрий, бесплодие, гистероскопия, лечение аденомиоза.

Key words: adenomiosis, endometrium, infertility, hysteroscopy, adenomiosis treatment.