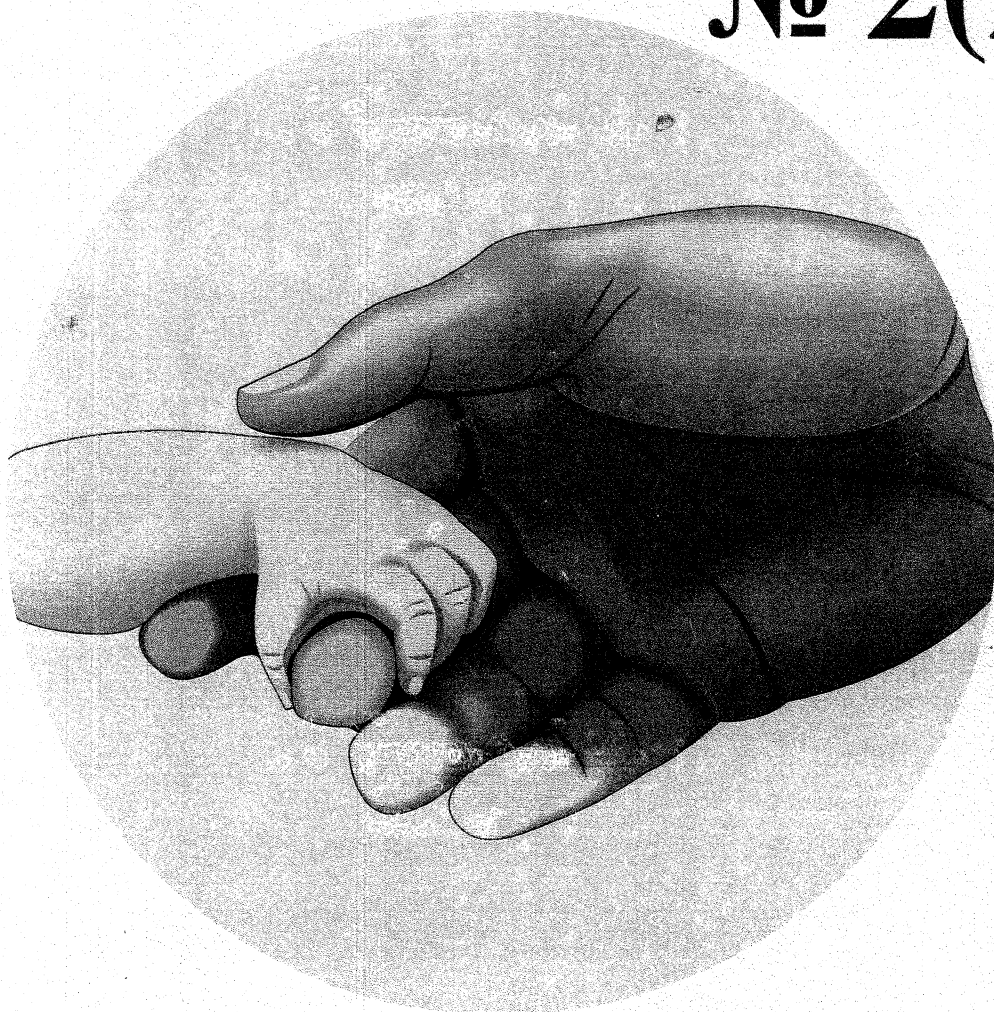


ISSN 1608-9375

***Охрана
материнства
и детства
№ 2(20)***



**РЕЦЕНЗИРУЕМЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ**

2012 г.

Министерство здравоохранения Республики Беларусь
УО «Витебский государственный медицинский университет»
Белорусское медицинское общественное объединение
«РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ»

Охрана материнства и детства

Рецензируемый научно-практический медицинский журнал

№ 2 (20)

2012 г.

Министерство здравоохранения Республики Беларусь
УО «Витебский государственный медицинский университет»
Белорусское медицинское общественное объединение
«РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ»

Охрана материнства и детства

Рецензируемый научно-практический медицинский журнал

№ 2 (20) 2012 г.

Приглашает принять участие в работе журнала акушеров-гинекологов, педиатров, терапевтов, хирургов, генетиков, онкологов, урологов, анестезиологов, реаниматологов, эндокринологов, эндоскопистов и врачей других специальностей.

В журнале публикуются: оригинальные исследования; клинические лекции; дискуссионные материалы; литературные обзоры; изобретения и рационализаторские предложения; методические рекомендации; реферативные приложения; информация о съездах, конференциях, пленумах, симпозиумах, семинарах, монографиях, сборниках.

Приглашаем к сотрудничеству спонсоров и рекламодателей.

Девиз нашего журнала «Здоровая мать - здоровый ребенок». Поддерживая наш журнал, Вы заботитесь о здоровье Ваших детей, внуков и здоровье нации.

Наш расчетный счет: 3625004060011, филиал 200 ОАО Беларусбанк, МФО 635,
УНН 300002704 Витебский государственный медицинский университет, журнал «Охрана материнства и детства» Редакция журнала «Охрана материнства и детства».

Адрес редакции: 210023, г Витебск, пр-т Фрунзе, 27, Витебский государственный медицинский университет,
Tel./ Fax/: +375(212) 37 21 07, 24 49 73.

Электронная версия журнала доступна на: www.simurg-mp.com

© Издательство Витебского государственного университета, 2009

Компьютерный набор, верстка, дизайн выполнены на оборудовании ЗАО «Медицинское предприятие Смург»

СЕГОДНЯ В НОМЕРЕ:

1. РЕЗОЛЮЦИЯ IX СЪЕЗДА АКУШЕРОВ-ГИНЕКОЛОГОВ И НЕОНАТОЛОГОВ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

3. Особенности течения беременности и родов у пациенток с хроническим сальпингоофоритом
А.Я. Сенчук, И.М. Маркуш
7. Оценка выраженности полиорганной дисфункции у недоношенных детей по уровню растворимого рецептора фактора некроза опухоли- α p55
Ю.А. Устинович, С.Т. Акалович
12. Ультразвуковая характеристика параметров шейки матки накануне самопроизвольных и индуцированных родов
М.Л. Тесакова, Л.М. Небышинец, О.Л. Малолеткина, Е.В. Мельник, И.Г. Шорох
16. Морфогистологические особенности плацент при беременности, осложненной гестозом, и состоянии здоровья новорожденных
А.М. Неровня, А.И. Киселев
22. Лечение климактерических нарушений у женщин в постменопаузе с использованием метода адаптации к периодической барокамерной гипоксии
Е.А. Колбасова, Н.И. Киселева, А.Г. Николаева
26. Информированность студентов по вопросам контрацепции и планирования семьи
Н.И. Киселева, С.В. Кибик, А.И. Киселев
31. Провоспалительные цитокины при преждевременных родах, ассоциированных с персистенцией урогенитальных микоплазм
М.С. Недосейкина, Т.Н. Захаренкова, Е.И. Барановская
37. Опыт проведения токолитической терапии блокатором кальциевых каналов – нифедипином
В.Л. Силява, В.И. Коломиец, Е.В. Лисневская, Т.А. Хартанович
41. Особенности общемедицинского и стоматологического статуса детей с герпетическим стоматитом
Ю.Р. Еленская
45. Микроэкология влагалища у женщин после родов
И.А. Доскоц, А.Я. Сенчук
48. Прегравидарная подготовка женщин из группы высокого инфекционного риска
Т. Г. Романенко, Т. Н. Игнатюк
51. Факторы риска развития осложнений беременности у женщин с артериальной гипертензией и соматоформной дисфункцией вегетативной нервной системы
Т.А. Рождественская

55. Проблема хронической тазовой боли у женщин с бесплодием и пути ее решения
А.Е. Дубчак, А.Г. Корнацкая, А.В. Милевский, И.Н. Мандзий

КЛИНИЧЕСКИЕ ЛЕКЦИИ

60. Заболевания паращитовидных желез. Гиперпаратиреоз и гипопаратиреоз
И. М. Лысенко

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

68. Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу у детей в Украине (2006 – 2011 гг.)
О. И. Белогорцева, О. Е. Сиваченко, Я. И. Доценко, А. В. Стополянский, С. Г. Стригуль
73. Применение эфферентных методов в лечении патологических состояний в акушерстве и гинекологии
Е.В. Никитина, Л.Н. Васильева, О.В. Климович, И.Н. Потапкина, К.Ф. Агабеков
76. Актуальные проблемы ранней диагностики и коррекции отклонений в развитии недоношенных детей
Г.К. Баркун., И.М. Лысенко, Л.Н. Журавлева, С.П. Волчецкая, Е.Г. Косенкова
81. Алгоритмы диагностики и лечения гиперпластических процессов эндометрия с использованием Пайпель биопсии
О.В. Лысенко
87. Этиопатогенетическое лечение заболеваний респираторного тракта у детей и подростков
И. М. Лысенко, Л. И. Жукова, Т. М. Рябова, Н.Н. Федоришко, И.В. Поплавский

КЛИНИЧЕСКИЕ ОБЗОРЫ

109. Болезнь Гоше у детей
О.Н. Мацук, И.В. Юнес, Т.Ж. Бахтина, Н.А. Кузнецова
113. Шкалы оценки психомоторного развития детей: современный взгляд на проблему
Е.Г. Косенкова, И.М. Лысенко, Г.К. Баркун, Л.Н. Журавлева

119 ВНИМАНИЮ АВТОРОВ

Главный редактор:

Занько Сергей Николаевич профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии ВГМУ, г. Витебск

Зам. главного редактора:

Новикова Валентина Ивановна профессор, зав. кафедрой педиатрии с курсом детских болезней ВГМУ, г. Витебск

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Арестова Ирина Михайловна профессор кафедры акушерства и гинекологии ВГМУ, г. Витебск

Артымук Наталья Владимировна д.м.н., профессор заведующий кафедрой акушерства и гинекологии №2 ГОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» МЗ и СР, г. Кемерово

Беляева Людмила Михайловна профессор, член-кор. АМН РБ, зав. кафедрой педиатрии № 2 БелМАПО, г. Минск

Вильчук Константин Устинович директор РНПЦ «Мать и дитя», доцент, г. Минск

Войтович Татьяна Николаевна профессор, зав. 2-й кафедрой детских болезней БГМУ, г. Минск

Воскресенский Сергей Львович профессор, зав кафедрой акушерства и гинекологии БелМАПО, г. Минск

Герасимович Георгий Игнатьевич академик БелАМН, профессор кафедры акушерства и гинекологии БГМУ, г. Минск

Дивакова Татьяна Семеновна зав. кафедры ФПКС ВГМУ, г. Витебск

Дуда Иван Владимирович профессор кафедры аку-

шерства и гинекологии БелМАПО, г. Минск

Гутикова Людмила Витольдовна профессор, зав. кафедрой акушерства и гинекологии ГрМУ, г. Гродно

Жукова Наталья Петровна профессор кафедры акушерства и гинекологии ВГМУ, г. Витебск

Косинец Александр Николаевич чл.-корр. БелАМН, профессор

Малевич Юрий Константинович профессор кафедры акушерства и гинекологии БГМУ, г. Минск

Можейко Людмила Федоровна профессор, зав. кафедрой акушерства и гинекологии БГМУ, г. Минск

Никифоровский Николай Константинович профессор, зав. кафедрой акушерства и гинекологии СМГМА, г. Смоленск

Пересада Ольга Анатольевна профессор, кафедры акушерства и гинекологии БелМАПО, г. Минск

Радецкая Людмила Евгеньевна профессор кафедры акушерства и гинекологии ВГМУ, г. Витебск

Солодков Александр Петрович ректор УО ВГУ «П.М. Машерова» г. Витебск

Сукало Александр Васильевич профессор, зав. 1-й кафедрой детских болезней БГМУ, г. Минск

Шишко Георгий Александрович профессор, зав кафедрой неонатологии Бел МАПО Республики Беларусь

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проблема хронической тазовой боли у женщин с бесплодием
и пути ее решения

А.Е. ДУБЧАК, А.Г. КОРНАЦКАЯ, А.В. МИЛЕВСКИЙ, И.Н. МАНДЗИЙ*

ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины»

* Хмельницкий перинатальный центр

Реферат

В работе представлены данные по изучению репродуктивной функции у женщин с бесплодием, сопровождающимся хронической тазовой болью. Среди этиологических факторов ХТБ у женщин с бесплодием ведущее место занимают перенесенные оперативные вмешательства на органах малого таза и брюшной полости (80%) и острые воспалительные процессы внутренних половых органов (75%). Показатели инфицирования женщин с бесплодием и ХТБ свидетельствуют о высоком уровне контаминации половых путей условно-патогенной микрофлорой (77,5%), хламидиями (31,25%), уреамикоплазмами (40,0%). Ассоциации различных микроорганизмов выявлялись в 86,25 %. Использование современных эндовидеохирургических методов дает возможность установить причину и характер ХТБ у женщин с бесплодием и своевременно ее устранить.

Ключевые слова: бесплодие, хроническая тазовая боль, лапароскопия.

Бесплодие - одна из наиболее важных и сложных современных медико-социальных проблем [1, 2]. Частота бесплодного брака за последние годы увеличилась с 10% до 18% и имеет тенденцию к дальнейшему росту [3]. Причины, приводящие к возникновению бесплодия, могут быть различными [4]. В 90% случаев это воспалительные заболевания половых органов. Причиной бесплодия может быть не только воспаление инфекционной природы, но и спаечный процесс после операции на органах малого таза или брюшной полости, особенно после деструктивных форм аппендицита [5, 6]. Ареактивный характер воспаления в малом тазу, который возникает в результате эндометриоза приводит к возникновению бесплодия. У 81% женщин с эндометриодными кистами яичников наблюдается спаечный процесс, причем у 89% из них - распространенный, включая кишечник [7]. В руководстве ВОЗ по стандартизированному обследованию и диагностике бесплодных супружеских пар [8] сказано, что «задачей врача, который занимается лечением бесплодия в браке, является не упустить ничего важного и не сделать ничего лишнего, что растягивало бы во времени и заводило бы в угол процесс обследования, стоило бы больше, чем нужно, материальных затрат» [3, 8].

Хронический воспалительный процесс внутренних половых органов очень часто является причиной тазовой боли [9, 10] и бесплодия. По данным ВОЗ, у каж-

дого пятого человека в мире наблюдается хроническая боль, обусловленная заболеваниями различных органов и систем [8]. Почти у 39% женщин репродуктивного возраста в США хроническая тазовая боль (ХТБ) является показанием к гистерэктомии в 12% от всех гистерэктомий, которые делают в стране [11]. Гинекологические заболевания (эндометриоз, аденомиоз, ретрофлексия матки, миома матки, хронические воспалительные заболевания половых органов) относятся к одним из наиболее частых органических причин хронической тазовой боли [12]. Чаще всего болевые ощущения не постоянные, с периодами «обострений», устойчивым улучшением после противовоспалительной терапии. Однако наличие и распространенность спаечного процесса вследствие хронического воспаления, независимо от других факторов сопровождается стойкой тазовой болью, особенно при спайках, которые перекрывают 2/3 поверхности яичников [12].

Психический фактор играет важную роль в возникновении ХТБ [13]. Довольно часто сложно решить, возникли у больного вегетативные и психоэмоциональные нарушения на фоне болезни или существовали раньше, задолго до клинических проявлений заболевания. [14]. В таких ситуациях правомерно применить афоризм, который выразил психиатр Маудслей: «Печаль, которая не выливается в слезы, обязывает плакать другие органы» [15].

Адрес для корреспонденции:

Дубчак А. Е. - гл. научный сотрудник, рук. группы по вопросам влияния экологии на репродуктивную функцию женщин отделения реабилитации репродуктивной функции женщин, д. м. н., профессор, E-mail: besplodie@mail.ru

Неполный и несвоевременный диагноз, установленный при бессистемном использовании различных диагностических методов и последующее неадекватное лечение приводит к усилению болевого синдрома и прогрессированию психоэмоциональных нарушений [16]. В связи с этим врач должен использовать наиболее информативные методы исследования, которые позволят в максимально короткий период ответить на вопрос относительно причин бесплодия и ХТБ. Восстановление фертильности является актуальной проблемой репродуктивной гинекологии. [2]. Использование современных оптических видеосистем на современном этапе является методом выбора хирургического лечения бесплодия и ХТБ [1, 2].

Данных о применении у пациенток с бесплодием, сопровождающимся ХТБ, комплексного лечебного подхода, который бы включал эндовидеохирургический метод, патогенетически обоснованное медикаментозное лечение и коррекцию психоэмоционального состояния, в современной литературе нет.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Усовершенствование диагностики и лечения женщин с бесплодием, сопровождающимся хронической тазовой болью.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследование проводилось на базе отделения реабилитации репродуктивной функции женщин ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины» г. Киева и отделения оперативной гинекологии Хмельницкого городского перинатального центра с 2010 по 2012 годы на основе обследования и лечения 120 женщин, которым проведена лапароскопия, из них 100 женщинам с бесплодием. У 80 пациенток бесплодие сопровождалось ХТБ, обусловленной остаточными явлениями длительного хронического воспаления матки и придатков (I основная группа), у 20 - бесплодие без ХТБ (II - группа сравнения) и 20 пациенток с реализованной репродуктивной функцией без наличия ХТБ (III - группа контроля).

Все женщины основной группы оценивали свое состояние как в целом удовлетворительное, а интенсивность боли от незначительной до умеренной (болевого индекса до 6 баллов). Для оценки боли также проводился анализ степени ее выраженности по визуально-аналоговой шкале качества жизни (ВАШ).

Ультрасонографическое и доплерометрическое обследование проводилось на аппарате Acuson X 300 (Siemens, Германия) трансвагинальным датчиком с частотой сканирования 9-4 Гц и на аппарате Verso (Siemens, Германия).

Всем обследованным пациенткам проведена лапароскопия (ЛС). Показанием к проведению лапароскопии было установление причины бесплодия и ХТБ, подозрение на перитонеальный генез бесплодия или установление гинекологической патологии у женщин с бесплодием на фоне ХТБ. ЛС проводилась по традиционной мето-

дике, под эндотрахеальным наркозом с использованием лапароскопа Karl Storz (Германия) и Olympus (Япония). Проведено бактериологическое и бактериоскопическое исследование содержимого влагалища. У обследованных женщин оценивался психологический статус с использованием теста Спилбергера-Ханина, характер самооценки женщин изучался по методике САН.

Для обработки статистического материала использовался персональный компьютер PENTIUM-IV. В качестве основного программного обеспечения выбран пакет модулей для статистической обработки данных STATISTICA for Windows, Release 6,0 компании StatSoft Inc., США (2001).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Все обследованные женщины были репродуктивного возраста, средний возраст - $29,1 \pm 1,2$ года. Средний возраст менархе у пациенток составил $13,1 \pm 0,03$ года. Большинство женщин основной группы отмечали значительную кровопотерю во время менструации, во II группе - 45%. Болезненность менструации отмечали 60,0% женщин с ХТБ и 25,0% больных с бесплодием без ХТБ. Чаще дисменорея встречалась у пациенток с ХТБ. Среди нарушений менструальной функции у женщин с ХТБ чаще обнаруживали менометроррагию и гиперполименорею (26,4% и 31,3% соответственно).

Почти половина женщин основной группы не беременела в течение 6-10 лет. Больные с длительностью бесплодия от 2 до 5 лет составили несколько меньший процент. Большинство обследованных с бесплодием на фоне ХТБ причиной первичного бесплодия указывали раннее начало половой жизни и перенесенные воспалительные процессы внутренних половых органов. Среди этиологических факторов вторичного бесплодия у обследованных женщин I группы на первое место выступают искусственные или самопроизвольные аборт и замершая беременность в малом сроке в анамнезе, у женщин II группы чаще причиной вторичного бесплодия была внематочная беременность, которая согласуется с высоким процентом перенесенных воспалительных процессов гениталий.

Оперативные вмешательства на органах малого таза по поводу внематочной беременности, пластики маточных труб, консервативной миомэктомии и аппендицита были проведены у 27 (33,8%) женщин I группы, причем дважды - у 9 (11,3%) из них (во II группе - у 2 (10,0%) и 1 (5,0%) пациентки соответственно). У всех обследованных женщин было хроническое воспаление гениталий. Причем, изолированное воспаление встречалось редко, чаще оно сочеталось с эндокринными заболеваниями внутренних половых органов.

Все женщины I группы жаловались на наличие ХТБ. Продолжительность ХТБ составляла от 2 до 10 лет. У большинства обследованных пациенток (80%) ХТБ возникла после перенесенных оперативных вмешательств на органах малого таза и брюшной полости, у 75% - после перенесенного острого воспаления внутренних половых органов, у 20% - после перенесенного артифициального аборта. Большинство обследованных

основной группы (86,3%) проходили комплексную противовоспалительную терапию. Во всех случаях госпитализация была неоднократной, а продолжительность нетрудоспособности в течение года в среднем составляла $32,6 \pm 5,4$ дня. Основной жалобой женщин основной группы были периодические боли внизу живота, с иррадиацией в пояснично-крестцовую область, внутреннюю поверхность бедра, верхнюю часть влагалища. В 73,8% обследованных боли были тянущего ноющего характера с периодичностью от нескольких раз в течение месяца до 2-х-3-х раз в течение года и длительностью от нескольких часов до нескольких дней. Почти половина обследованных женщин с бесплодием на фоне ХТБ отмечала тупые, распирающие боли. Оценка болевых ощущений на основе показателей ВАШ свидетельствует, что болевой синдром средней степени тяжести выявлен у 43 (53,8%) обследованных I группы, легкого - у 36 (45,0%) женщин, тяжелой - в 2 (2,5%) пациенток. Обнаружена прямая корреляционная связь средней силы между интенсивностью боли и длительностью болевого синдрома: $r = 0,44$; $p = 0,001$.

Почти все обследованные женщины с бесплодием на фоне ХТБ (71 (88,8%)) отмечали диспареунию, т.е. половой контакт сопровождался ощущением дискомфорта или болезненными явлениями в нижних отделах живота. Переохлаждения, менструация, эмоциональное напряжение, смена полового партнера являются основными провоцирующими факторами болевого синдрома.

Причиной воспалительных процессов у женщин I группы явились: *Chlamydia Trachomatis* - (31,25%), *Ureaplasma urealyticum* - (47,5%), *Mycoplasma urealyticum* - (26,25%), причем сочетание с герпетической инфекцией (вирусом простого герпеса I и II типа, цитомегаловирусом) было у 74 (92,5%) обследованных I группы (у 7 (35,0%) - пациенток II группы). По поводу гонореи лечилось 9 (11,25%) обследованных I группы (1 (5,0%) женщин II группы), трихомониаза - 19 (23,75%) пациенток I группы (2 (10,0%) - второй группы) ($p < 0,05$). Выявлен высокий уровень контаминации половых путей условно-патогенной микрофлорой (77,5%). Ассоциации различных микроорганизмов выявлялись у 57 (71,25%) обследованных I группы, у

11 (55,0%) пациенток II группы и у 3 (15,0%) - третьей группы ($p < 0,05$). У женщин с бесплодием и ХТБ микробные факторы выявлялись преимущественно с высокой степенью микробной обсемененности (68,75%).

Трансвагинальное ультразвуковое исследование органов малого таза выявило структурные нарушения у 74 (92,5%) женщин с бесплодием и ХТБ, в группе обследованных с бесплодием без ХТБ - у 5 (25%) пациенток. Допплерометрическое исследование органов малого таза свидетельствует о нарушении венозной гемодинамики у женщин с бесплодием и ХТБ. У 42 (52,5%) обследованных I группы выявлено увеличение диаметра маточной вены почти в 2 раза относительно пациенток II группы, параметральных и овариальных сплетений (рис.1, 2). Расширение параметральных и утеровагинальных сплетений встречалось почти в 4 раза чаще у женщин с бесплодием на фоне ХТБ.

Исследованные нами доплерометрические показатели свидетельствуют о нарушении кровотока и в маточных артериях у пациенток с ХТБ по сравнению с женщинами без ХТБ. Выявлено уменьшение конечной диастолической скорости кровотока почти в 3 раза, увеличены значения показателей ИП, ИР, С/Д ($p < 0,05$), что свидетельствует о повышении устойчивости периферической части сосудистого русла.

У пациенток с бесплодием на фоне ХТБ обнаружена депрессивность и невротические проявления, которые тесно связаны с нарушением сна, сексуальными расстройствами, раздражительностью. ХТБ у женщин с бесплодием приводит к формированию крайних вариантов нормы (невротическая триада) и повышение эмоционального напряжения. Проведенные исследования свидетельствуют о психологической дезадаптации большинства обследованных пациенток, обосновывают необходимость применения дифференцированных методов лечения.

Лапароскопия использовалась для объективизации диагноза и с лечебной целью. В основном ЛС проводили с 15 до 20 дня менструального цикла для оценки овуляторной способности яичников, в некоторых случаях ЛС проводилась в I фазу цикла. У 13 (16,3%) обследованных I группы большой сальник был подпаян



Рисунок 1 Расширение вен яичниковых сплетений



Рисунок 2 Расширение вен параметральной сплетений

Таблица 1 Эндоскопическая характеристика состояния внутренних половых органов у женщин с бесплодием на фоне ХТБ

Выявленная патология	Обследованные женщины			
	I группа (n=80)		II группа (n=20)	
	абс.ч.	%	абс.ч.	%
Спаечный процесс	80	100,0*	5	25,0
Эндометриоз (всего):	54	67,50*	1	5,00
аденомиоз	13	16,25*	-	-
аденомиоз, эндометриоз брюшины	15	18,75*	-	-
аденомиоз, эндометриодная киста яичника	5	6,25*	-	-
аденомиоз, эндометриоз маточной трубы	18	22,50*	-	-
яичников, маточных труб, брюшины	3	3,75*	2	10,00
Ретенционные кисты яичников	26	32,50	6	30,00
Параовариальная киста	4	5,00*	-	-
Фибромиома матки	2	2,50*	-	-
Патологии не выявлено	-	-	1	5,0
Варикозное расширение вен малого таза	9	11,25*	-	-
Гидросальпинкс	5	6,25*	-	-

* - разница достоверная между показателями I и II группы ($p < 0,05$)

к области послеоперационного рубца, что требовало его отделения для осмотра органов малого таза. Выявлено наличие пленчатых и струноподобных спаек с органами малого таза. В 29 (36,3%) женщин толстый кишечник, у 8 (10,0%) обследованных - петли тонкого кишечника были подпаяны к области придатков матки. Причем, у 34 (42,5%) женщин I группы выявлено сочетание спаечного процесса органов малого таза и брюшной полости. При ЛС у всех обследованных I группы выявлен спаечный процесс в области придатков матки. В основном спаечный процесс в области малого таза обнаружен II (в 28,8% в области яичников и у 31,3% - маточных труб) и III степени (в 36,3% в области яичников и в 38,8% - в области маточных труб). Лапароскопически у 54 (67,5%) обследованных женщин с бесплодием и ХТБ на фоне спаечного процесса достоверно чаще выявлены различные формы эндометриоза (табл. 1), причем у 27 (33,75%) обследованных диагноз эндометриоза был поставлен впервые во время ЛС. При ЛС обзоре наиболее частыми находками были поверхностные формы генитального эндометриоза, которые были расположены на брюшине, маточно-крестцовых связках, маточной трубе.

Хирургическое лечение проведено всем обследованным женщинам с бесплодием (табл. 2).

Таким образом, анализ полученных данных свидетельствует, что применение лапароскопии с большой точностью позволяет установить этиопатогенетические факторы бесплодия и причины ХТБ и своевременно их ликвидировать.

ВЫВОДЫ

Проведенные исследования свидетельствуют, что среди этиологических факторов ХТБ у женщин с бесплодием ведущее место занимают перенесенные оперативные вмешательства на органах малого таза и брюшной полости (80%) и острые воспалительные процессы внутренних половых органов (75%).

Хронический болевой синдром органов малого таза у женщин с бесплодием сопровождается нарушением кровообращения в яичниковых и маточных артериях в виде уменьшения конечной диастолической скорости кровообращения почти в 3 раза ($p < 0,05$), увеличением независимых угловых показателей почти в 2 раза.

Использование современных эндовидеохирургических методов у женщин с бесплодием, сопровождающимся хронической тазовой болью дает возможность установить причину и характер ХТБ и своевременно ее устранить.

Таблица 2 Объем эндоскопического хирургического вмешательства у женщин с бесплодием, абс.ч. (%)

Вид хирургического вмешательства	Обследованные женщины	
	I группа (n=80)	II группа (n=20)
	абс.ч.	%
Сальпинголизис	80 (100,0)*	7 (35,0)
Овариолизис	79 (98,75)*	3 (15,0)
Сальпингостомия	9 (11,25)*	6 (30,0)
Сальпинготомия	1 (1,25)	-
Термокоагуляция эндометриодных гетеротопий (вапоризация)	54 (67,50)*	3 (15,0)
Термокоагуляция яичников	36 (45,00)*	12 (60,0)
Биопсия яичников	71 (88,75)	16 (80,0)
Удаление кист яичников	26 (32,50)	6 (30,0)
Рассоединение спаек органов малого таза и брюшной полости	37 (46,25)	-

* - разница достоверная между показателями I и II группы ($p < 0,05$)

ЛИТЕРАТУРА

1. Кулаков В.И./Бесплодный брак. Современные подходы к диагностике и лечению / Под ред. В.И.Кулакова.- М.:ГЭОТАР-Медиа, 2005.-616 с.
2. Радзинский В.Е. Репродуктивное здоровье: Учеб.пособие / Под ред. В.Е.Радзинского.-М.: РУДНб 2011.-727 с.
3. Назаренко Т.А. Современные подходы к диагностике и лечению бесплодия в браке / Т.А.Назаренко, Э.Р.Дурина, С.Г.Перминова // Рос. вестник акушера-гинеколога.-2006.-№ 5.-С.63-65.
4. Алиева Х.Г. Прогнозирование, профилактика, этапное лечение больных с трубно-перитонеальным бесплодием с использованием видеоэндоскопических технологий / Х.Г.Алиева // Автореф. дис. канд.мед.наук. -Махачкала. - 2005.
5. Чеченова Ф.К. Отдаленные результаты хирургического лечения трубно-перитонеального бесплодия лапароскопическим доступом / Ф.К.Чеченова, К.В.Краснопольская // Акушерство и гинекология.-2001.-№2.-С. 40-44.
6. Posaci C. Tubal surgery in the era of assisted reproductive technology: clinical options / С. Posaci, М.Сamus, К.Оsmanagaoglu, Р.Devroey //Hum. Reprod. - 1999. -V. 44, Suppl. 1.-P. 120-36.
7. Стрижаков А.Н. Значение лапароскопии в оценке степени тяжести и эффективности терапии перитонеального эндометриоза / А.Н.Стрижаков, А.И.Давыдов // Акушерство и гинекология.-1996.-№5.-С.8-12.
8. Руководство ВОЗ по стандартизованному обследованию и диагностике бесплодия супружеских пар / Пер. с англ.-М.: МедПресс, 1997.-91 с.
9. Дубчак А.Е. Хронические воспалительные заболевания придатков матки /Патогенетические подходы к лечению/ А.Е.Дубчак// Здоровье женщины.-2009.-№7(43).-с.38-42.
10. Подзолкова Н.М. Симптом. Синдром. Диагноз. Дифференциальная диагностика в гинекологии / Н.М.Подзолкова, О.Л.Глазкова. - М.: ГЭОТАР- МЕД, 2003. -С.269-304.
11. Howard F.M. Pelvic pain: Diagnosis a. management / Senior ed. F.M.Howard et al. -Philadelphia: Lippincot-Raven Publishers, 2000. - 529p.
12. Яроцкая Е.Л. Тазовые боли при хирургической гинекологической патологии / Е.Л.Яроцкая, Л.В.Адамян //Эндоскопия в диагностике, лечении и мониторинге женских болезней (Материалы Междунар. конгресса 12-16 июня 2000).-Москва, 2000. -С.358-380.
13. Берман Г.Р., Колдуэл Б.В. Репродуктивная эндокринология / Под ред. С.С.К. Йена, Р.Б.Джаффе. -М., 1998. -Т.1. -С.212-239.
14. Ясенкова С.А. Оптимизация тактики ведения пациенток с гинекологической патологией, сопровождающейся хроническими тазовыми болями, с использованием современных лучевых и эндоскопических методов// Автореф. дис.к.м.н., Барнаул.-2005.-17.
15. Пэунеску-Подяну А. Трудные больные (неопределенно выраженные, трудно объяснимые страдания) / А.Пэунеску-Подяну. -Бухарест, 1976. -328 с.
16. Walker J.J. Moving toward a new therapeutic model for chronic pelvic pain / J.J.Walker // Int. J. Gynecol. Obstet. -2001 Sep; 74 Suppl.1. - P. 21-32.

Problem of chronic pelvic pain in women with infertility and its solution

A.E. DUBCHAK, A.G. KORNATSKY, A.V. MILEVSKY,
I.N. MANDZY*

SI «Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology,
NAMS of Ukraine»

* Perinatal Center Khmelnytsky

Abstract

The paper presents data about reproductive function in women with infertility combined with chronic pelvic pain (CPP). Through etiologic factors of CPP in women with infertility surgical procedure in pelvic and abdominal cavity (80%) and acute inflammation diseases of reproductive organs play the main roles. Infectious rates of women with infertility and CPP indicate high levels of contamination of reproductive tract with pathogenic microflora (77,5%), Chlamidia trach. (31,25%), Ureomicoplasma (40%). Associations of different microorganisms were found in 86,25%. The detection of cause of pelvic pain and treatment of CPP are possible as a result of using modern methods of surgical laparoscopy.

Key words: infertility, chronic pelvic pain, laparoscopy.