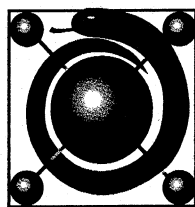


ISSN 2070-8092



**ТАВРИЧЕСКИЙ
МЕДИКО-
БИОЛОГИЧЕСКИЙ
ВЕСТНИК**

**TAVRICHESKIY MEDIKO-BIOLOGICHESKIY VESTNIK
ТАВРІЙСЬКИЙ МЕДИКО-БІОЛОГІЧНИЙ ВІСНИК**



НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

Том 15

Volume 15

№ 2, ч.2 (58)

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
КРИМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМ. С. І. ГЕОРГІЄВСЬКОГО

ТАВРИЧЕСКИЙ МЕДИКО- БИОЛОГИЧЕСКИЙ ВЕСТНИК

УКРАЇНСЬКИЙ НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ
ТАВРІЙСЬКИЙ МЕДИКО-БІОЛОГІЧНИЙ ВІСНИК
TAVRICHESKIY MEDIKO-BIOLOGICHESKIY VESTNIK

Том 15

№ 2, ч. 2 (58)

Volume 15

2012

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Главный редактор
А. А. Бабанин

А.В. Кубышкин (зам. главного редактора),
Ю.А. Бабушкин (ответственный секретарь), **Н.П. Буглак**, **С.Г. Безруков**, **В.А. Белоглазов**,
Ю.А. Бисюк, **С.Г. Донич**, **Л.В. Дударь**, **Е.В. Евстафьева**, **К.А. Ефетов**, **В.В. Жебровский**,
Н.Н. Каладзе, **А.И. Крадинов**, **В.Ф. Кубышкин**, **В.С. Пикалюк**, **О.А. Притуло**,
А.Н. Рыбалка

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Е.Н. Амосова (Киев), **С.П. Бережкова**, **И.В. Богадельников**,
Н.Ф. Боброва (Одесса), **Ю.П. Вдовиченко** (Киев), **А. Виткус** (Литва) **Н.Н. Волобуев**,
Л. В. Гербильский (Днепропетровск) **М.Н. Гришин**, **Г.Н. Дранник** (Киев),
А.Е. Деирский, **Г.В. Дзяк** (Днепропетровск), **В.В. Ежов** (Ялта), **В.М. Ефетов**, **С.И. Жадько**,
М.В. Иванова, **Н.В. Иванова**, **И.Л. Клярицкая**, **Т.В. Кобец**, **В.Н. Коваленко** (Киев),
Е.С. Короленко, **Ю.Л. Криворутченко**, **С.Н. Крутиков**, **О.В. Крючкова**, **Н.С. Кузнецов**,
С. В. Коношенко, **Г. М. Кушнир**, **Л. К. Лазарев**, **В. Б. Павленко**, **А. Н. Пархоменко** (Киев),
Н.В. Пасечникова (Одесса), **И.Д. Сапегин**, **С.С. Солдатченко** (Ялта), **Н.А. Темуриянц**,
Б.В. Троценко, **В.З. Харченко**, **А.А. Хренов**, **А.П. Чуприков** (Киев),
Ю.Б. Чайковский (Киев), **Е.Н. Чуян**, **Е.Ю. Шаповалова**, **С.Э. Шибанов**

Журнал сертифицировано ВАК України (Постанова Президії ВАК України №1-05/7 від 09.06.1999 р.)
Свідчення про державну реєстрацію друкованого засобу масової інформації серія КВ №3099, ISSN 2070-8092.
Рекомендовано до друку вченою радою Кримського державного медичного університету ім. С. І. Георгієвського
(протокол № 3 від 29.03. 2012 р.).

АДРЕСА РЕДАКЦІЇ

95006, м. Сімферополь, бульвар Леніна 5/7, Кримський державний медичний університет
ім. С.І. Георгієвського

ЗАСНОВНИКИ:

КРИМСЬКИЙ НАУКОВИЙ ЦЕНТР МІНІСТЕРСТВА ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
КРИМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМ. С. І. ГЕОРГІЄВСЬКОГО

Журнал заснований в 1998 році.
Видається 4 рази на рік.

© КДМУ ім. С. І. Георгієвського, 2012.

Н. І. Генук, Н. В. Якимчук Значення психодіагностики та вплив різних факторів на перебіг першого триместру вагітності у вперше вагітних та повторно вагітних жінок	54
N. I. Henuk, N. V. Yakymchuk Psychodiagnostic value and impact of various factors on the course of the first trimester of primigravides and women pregnant again	54
О. П. Гнатко Вегетативна та ендотеліальна дисфункція у жінок з клімактеричним синдромом	57
O. P. Gnatko Vegetative and endothelial dysfunction in women with climacteric syndrome	57
О. П. Гнатко, Н. Г. Скурятіна Особливості імунно-гормонального та мікробіологічного статусу у жінок з різними морфологічними формами поліпів ендометрія	60
O. P. Gnatko, N. G. Skuryatina Characteristics of immune, hormonal and microbiological status in endometrial polyps of various morphological forms in women	60
І. Т. Говоруха Зниження акушерських і перинатальних ускладнень у жінок з відновленою фертильністю	64
I. T. Govorukha The obstetric and perinatal complications decreasing in women with restored fertility	64
О. В. Голяновский, В. В. Мехедко, А. Е. Жесткова, А. В. Котов, М. А. Бачинская Преимущества аргоноплазменной коагуляции в лечении доброкачественных процессов шейки матки	68
O. V. Golyanovskyy, V. V. Mekhedko, A. E. Zhestcova, A. V. Kotov, M. A. Bachynska Advantages of argon plasma coagulation method in the treatment of benign processes of cervix uterine	68
А. П. Григоренко, О. Г. Шиманська-Горбатюк, Н. С. Шатковська, В. Ю. Онишко Особливості імунного статусу вагітних жінок з фетоплацентарною недостатністю на фоні преєклампсії	72
A. P. Grigorenko, O. G. Shymanska-Horbatyuk, N. S. Shatkovska, V. Y. Onishko Immunologic speciality in pregnant women with fetoplacental insufficiency and preeclampsia	72
Є. В. Гржимальський Оптимізація анестезіологічного забезпечення кесарева розтину (клініко-імунологічне дослідження)	76
E. V. Grizhymalskyi Optimization of anesthesia cesarean section (clinical and immunological studies)	76
О. В. Грищенко, В. В. Бобрицкая, О. Л. Черняк, Л. В. Дудко, В. Л. Дудко, А. Т. Овчаренко Актуальные аспекты лечения микст-инфекций гениталий	80
O. V. Grischenko, V. V. Bobritska, O. L. Chernyak, L. V. Dudko, V. L. Dudko, A. T. Ovcharenko The actual aspects of genital mixt-infection treatment	80
І. Д. Гюльмамедова, І. Е. Ильин, А. В. Чайка, О. С. Доценко, Е. А. Гюльмамедова Селективный перенос одного эмбриона: за и против	85
I. D. Gyulmamedova, I. E. Ilyin, A. V. Chaika, O. S. Dotsenko, E. A. Gyulmamedova The selective transfer of one embryos: for and against	85
Р. В. Довгалева, В. А. Бенюк, Т. Р. Никонюк Факторы риска в прогнозировании и диагностике пролапса гениталий	88
R. V. Dovgalev, V. A. Beniuk, T. R. Nykoniuk Risk factors in prognosis and diagnostics of genitalia prolapse	88
О. М. Долгошапка, С. Д. Паелушенко, О. М. Бабенко Факторы риска рецидиву доброякісних захворювань шийки матки	93
O. M. Dolgoshapko, S. D. Pavlushenko, O. M. Babenko The risk factors of recurrence of benign pathology of cervix uteri	93
А. Є. Дубчак, І. М. Мандзій, О. В. Мілевський Оцінка стану внутрішніх статевих органів у жінок з безплідністю на фоні хронічного тазового болю	96
A. E. Dubchak, I. N. Mandziy, O. V. Milievskiy Assessment of internal genital organs in women with infertility in a chronic pelvic pain	96

УДК 618.1:618.177:618.13-009.7-036.12

© А. Е. Дубчак, І. М. Мандзій, О. В. Мілевський, 2012.

ОЦІНКА СТАНУ ВНУТРІШНІХ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ У ЖІНОК З БЕЗПЛІДНІСТЮ НА ФОНІ ХРОНІЧНОГО ТАЗОВОГО БОЛЮ

А. Е. Дубчак, І. М. Мандзій*, О. В. Мілевський**

Група з питань впливу екології на репродуктивне здоров'я жінок (керівник – професор А. Е. Дубчак),

***відділення профілактики та лікування гнійно-запальних захворювань в акушерстві, Державна установа «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології НАМН України», м. Київ.*

**Хмельницький міський перинатальний центр, м. Хмельницький.*

ASSESSMENT OF INTERNAL GENITAL ORGANS IN WOMEN WITH INFERTILITY IN A CHRONIC PELVIC PAIN
A. E. Dubchak, I. N. Mandziy, O. V. Milievskiy

SUMMARY

A survey of infertile women with chronic pelvic pain. It is shown that laparoscopy is a highly informative method of diagnosis of chronic pelvic pain in women with infertility.

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ВНУТРЕННИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ У ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ТАЗОВОЙ БОЛИ

A. E. Дубчак, И. Н. Мандзий, А. В. Милевский

РЕЗЮМЕ

Проведено обстеження жінок з бесплодием на фоні хронічної тазової болю. Показано, що лапароскопія являється високоінформативним методом діагностики хронічної тазової болю у жінок з бесплодием.

Ключові слова: бесплідність, хронічний тазовий біль, лапароскопія.

Відновлення фертильності являється актуальною проблемою репродуктивної гінекології. Частота бесплідного шлюбу за останні роки збільшилась із 10,0 до 18,0% і має тенденцію до подальшого зростання [1].

У більшості жінок бесплідність обумовлена непрохідністю маткових труб або матковою патологією, або їх поєднанням [1]. Частота утворення післяопераційних спайок після різних видів гінекологічних операцій без проведеного лікування досягає 82,0-95,0% [1, 2, 3].

За даними ВООЗ, у кожній п'ятій людині в світі спостерігається хронічний біль, обумовлений захворюваннями різних органів та систем. Більше 60,0% жінок кожного року звертаються за допомогою до акушера-гінеколога із скаргами на тазовий біль. За визначенням Д. Говарда (2003), «синдром хронічного тазового болю – не зв'язаний з менструацією біль тривалістю більше 3-х місяців, який локалізується в області малого тазу з інтенсивністю, яка визиває втрату працездатності і потребує медикаментозного або хірургічного лікування».

Хронічний тазовий біль значно частіше є симптомом гінекологічних (71,3% випадків) та/або екстрагенітальних (21,9%) захворювань, ніж психічних порушень (1,1%) [3]. Гінекологічні за-

хворювання (ендометріоз, аденоміоз, ретрофлексія матки, міома матки, хронічні запальні захворювання статевих органів) відносяться до одних із найбільш частих органічних причин хронічного тазового болю [3, 4].

Метою нашої роботи було вивчення стану внутрішніх органів у жінок з бесплідністю на фоні хронічного тазового болю (ХТБ).

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Обстежено 56 жінок з бесплідністю, яка супроводжувалась ХТБ. Середній вік обстежених становив $33,6 \pm 2,7$ років. Тривалість бесплідності становила $5,1 \pm 1,2$ роки. Тривалість ХТБ становила від 2 до 8 років. У 39 (69,6%) жінок ХТБ виник після перенесеного гострого запалення внутрішніх статевих органів, у 10 (17,9%) пацієнток – після перенесеного артифіційного аборту.

Усім обстеженим пацієнткам проведено лапароскопічні дослідження. Показанням до проведення лапароскопії (ЛС) було встановлення причини бесплідності або підозра на перитонеальний генез бесплідності, або встановлена гінекологічна патологія у жінок з бесплідністю на фоні ХТБ. ЛС проводилась за традиційною методикою, під ендотрахеальним наркозом з використанням лапароскопу Karl Storz 7 (Німеччина) та Olympus (Японія) після відповідного обстеження та підготовки

жінок. Оцінювали стан внутрішніх статевих органів, вираженість злукового процесу відповідно до класифікації Hulka, проводили всі необхідні маніпуляції, пов'язані з причинами безплідності та ХТБ (відновлення прохідності маткових труб, роз'єднання злук органів малого тазу та черевної порожнини, вапоризація вогнищ ендометріозу, видалення кіст та ін.). Профілактика спайкового процесу в післяопераційному періоді проводилась шляхом створення гідроперитонеуму (декасан у відношенні 1 до 5 0,9% розчину хлористого натрію, димедрол 1,0, 2,5% гідрокортизону ацетат 2,0 мл, контрикал 10 т.ОД).

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Обстеження жінок відбувалось в кілька етапів. На першому етапі всім жінкам виконувалось ультразвукове обстеження органів малого тазу, залежно від характеру виявленої патології в подальшому проводилась лапароскопія з метою верифікації та лікування виявлених патологічних змін. Враховуючи те, що всі жінки мали хронічний запальний процес внутрішніх статевих органів, перед лапароскопією на 2 етапі проводилась протизапальна терапія з урахуванням збудників.

Під час ЛС у всіх обстежених виявлявся спайковий процес в області придатків матки (табл. 1).

Таблиця 1

Наявність спайкового процесу та його поширеність у жінок з безплідністю та ХТБ (по Hulka)

Орган	Стадії спайкового процесу			
	I абс. ч. (%)	II абс. ч. (%)	III абс. ч. (%)	IV абс. ч. (%)
Яєчник	18 (32,1)	15 (26,8)	20 (35,7)	3 (5,4)
Труба	14 (25,0)	16 (28,6)	22 (39,3)	4 (7,1)

В основному, спайковий процес в області малого тазу виявлявся II (у 26,8% в області яєчників та у 28,6% – маткових труб) та III ступеня (в 35,7% в області яєчників та у 39,3% – в області маткових труб). Виявлялось зміщення матки від нормального положення, перетяжки, деформації маткових труб. Виявлені просторові зміни взаємоположення між прохідною трубою та яєчником у 11 (19,6%) обсте-

жених, у 8 (14,3%) жінок маткова труба була підпаяна спайками із кулолом сліпої кишки, матки, у 6 (10,7%) з петлями тонкого кишечника. Сактосальпінкси виявлено у 2 (3,6%) обстежених.

Лапароскопічно у 36 (64,3%) обстежених на фоні спайкового процесу виявлено різні форми ендометріозу (табл. 2), причому у 15 (26,8%) обстежених діагноз ендометріозу поставлено вперше під час ЛС.

Таблиця 2

Ендоскопічна характеристика стану внутрішніх статевих органів у жінок з безплідністю на фоні ХТБ

Виявлена патологія	Обстежені жінки	
	абс. ч.	%
Ендометріоз (всього):	36	64,3
аденоміоз	7	12,5
аденоміоз, ендометріоз очеревини	8	14,3
аденоміоз, ендометріодна кіста яєчника	5	8,9
аденоміоз, ендометріоз яєчника, маткової труби	10	17,9
аденоміоз, СПКЯ	2	3,6
- очеревини	1	1,8
- яєчників, маткових труб	2	3,6
- СПКЯ, яєчників, маткових труб	1	1,8
СПКЯ	19	33,9
Дерматоїдна кіста яєчника	1	1,8

Ендометріодні гетеротопії були виявлені на очеревині малого тазу у 9 (16,1%) обстежених, на маткових трубах та яєчниках – у 13 (23,2%) жінок (табл. 2). У 19 (33,9%) пацієнток виявлено СПКЯ – капсула яєчника була щільною, його рельєф був згладженим.

ВИСНОВКИ

1. Жінки з безплідністю після перенесених

запальних процесів внутрішніх статевих органів відносяться до групи високого ризику по виникненню синдрому ХТБ.

2. Для своєчасного виявлення причини ХТБ у жінок з безплідністю – патології (органічних змін та функціональних розладів) матки, яєчників, маткових труб – високоінформативним є застосування лапароскопії.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бесплодный брак. Современные подходы к диагностике и лечению / под ред. В. И. Кулакова. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2005. – 616 с.
2. Пересада О. А. Репродуктивное здоровье женщин : руководство для врачей / О. А. Пересада. – М. : ООО «Медицинское информационное агентство», 2009. – 680 с.
3. Репродуктивное здоровье : учеб. пособие / под ред. В. Е. Радзинского. – М. : Изд-во РУДН, 2011. – 727 с.
4. Яроцкий Е. Л. Особенности тактики ведения гинекологических больных, страдающих тазовыми болями / Е. Л. Яроцкий, Л. В. Адамян // Проблемы репродукции. – 2003. – Т. 9. – № 3. – С. 17–26.