

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. Milievskyi

#### 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. Dubchak, I. N. Mandziy, A. V. Milievskyi

#### 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: безплідність, хронічний тазовий біль, лапароскопія.**

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

У більшості жінок безплідність 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 кожної п'ятої людини 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 безплідністю на фоні хронічного тазового болю (ХТБ).

#### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Обстежено 56 жінок з безплідністю, яка супроводжувалась ХТБ. Середній вік обстежених становив 33,6±2,7 років. Тривалість безплідності становила 5,1±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 абортів.

Усім обстеженим пацієнткам проведено лапароскопічні дослідження. Показанням до проведення лапароскопії (ЛС) було встановлення причини безплідності або підозра на перитонеальний генез безплідності, або встановлена гінекологічна патологія у жінок з безплідністю 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 куполом сліпої кишки, матки, у 6 (10,7%) з петлями тонкого кишечника. Сактосальпінксі 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%) пацієнок 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.