

по данным УЗИ, у 85% больных изменений со стороны матки и придатков не выявлено. У 15% больных имели место остаточные явления хронического сальпингоофорита.

При оценке эффективности лечения учитывались сроки наступления положительных изменений. Улучшение субъективных данных и тенденция к нормализации показателей регионарной гемодинамики (РГ), вегетативного тонуса отмечались к 7-8 процедуре. Улучшение объективных данных и психоэмоционального состояния больных, отмечалось к концу лечения. Комплексная оценка курсового лечения показала: «значительное улучшение» наблюдалось в 26,6%, «улучшение» – в 40%, «незначительное улучшение» – в 20%, «без динамики» – 10%. В течение 6-ти месяцев действие проводимой терапии сохранялось у 60% больных, в течение года – у 40%. По данным проведенных исследований, после курса физиореабилитации глиной «Тереклит» в течение года беременность наступила у 25 (83,3%) пациенток, имеющих в анамнезе бесплодие от 1,5 до 3 лет. Отсутствие жалоб после курса глинолечения, двучное гинекологическое исследование, УЗ-сканирование, позволило судить о болеутоляющем и дефибрирующем эффекте глинолечения. Это обстоятельство имеет практическое значение и может быть одним из критериев дифференцированного выбора оптимальной методики глинолечения в соответствии с конкретной клинической ситуацией.

Таким образом, комплексное лечение с применением глины «Тереклитов» обеспечивает стойкий лечебный эффект, способствует повышению фертильности, существенно улучшает качество жизни больной и может быть рекомендовано к использованию в традиционной терапии хронических воспалительных заболеваний придатков матки.

Литература

1. Азизов Г.А., Козлов В.И. ВЛОК в комплексном лечении заболеваний сосудов нижних конечностей. М., 2005.
2. Айламазян Э.К., Пономаренко Г.Н., Кондриков Е.Ф. Инфракрасная лазерная терапия в комплексном лечении больных хроническим сальпингоофоритом//Вопросы курортологии, физиотерапии и ЛФК. 2005. №6. С.20–23.
3. Боголюбова В.М. Техника и методики физиотерапевтических процедур. Спб.-К. М., 2002.
4. Вихляева Е.М. Руководство по эндокринной гинекологии. М.: МИА, 2000. 320с.
5. Особенности гемодинамики в артериях матки и яичников при разных формах овариальной недостаточности: Автореф. дис... канд. мед. наук. СПб., 2002. 23с.
6. Князева Т.А., Назаретян В.Н.// Актуальные проблемы восстановительной медицины, курортологии и физиотерапии: Мат.-лы Междун. Конгр. «Здравница-2001». М., 2001. С. 91.
7. Сидорова И.С. Принципы лечения хронического воспалительного процесса придатков матки/ Сидорова И.С., Шешукова Н.А., Боровкова Е.А.//Акуш. и гин. 2003. №5. С.61–65.

RESORT FACTORS OF NORTH OSETIA AND ALANIA IN REHABILITATION OF PATIENTS WITH CHRONIC SALPINGOOPHORITIS

D.R. BATMANOVA, L.M. MIRZAEVA, L.V. TSALLAGOVA

Summary

Inflammatory diseases of female genital system take nowadays the first place in the structure of the female sickness rate and the leading problem of the gynecology

Key words: genital system, salpingoophoritis

УДК 618.14-006.5

АССОЦИАЦИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА СО СТАДИЕЙ НАРУЖНОГО ГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА И ТОПИКОЙ ЭНДОМЕТРИОИДНЫХ ИМПЛАНТОВ

В.Г.ВОЛКОВ, О.О.РОСТОВЦЕВА, О.С.ДАВЫДОВ, Н.В.МАТВЕЕВА*

Ключевые слова: генитальный эндометриоз, болевой синдром

Клиническая картина эндометриоза разнообразна, в основном преобладают тазовые боли различной локализации и интенсивности, которые отмечаются у 40-90 % больных [1–7]. Жалобы на диспареунию (боли при половом контакте) предъяв-

ляют 25–50% пациенток, страдающих наружным генитальным эндометриозом [1,2,3,5]. Не всегда наблюдается корреляция между анатомическими характеристиками эндометриоза, длительностью процесса и выраженностью болевого синдрома [2,3,10,11]. Частое явление – интенсивные тазовые боли, сопутствующие «малым» формам заболевания. Считается, что патогенез болевого синдрома при наружном эндометриозе имеет особенности в зависимости от локализации очагов. При эндометриозных кистах боли возникают в результате их микроперфораций. Эндометриозные гетеротопии, расположенные на брюшине малого таза стимулируют выработку биологически активных субстанций (гистамина, серотонина, брадикинина, простагландины, лейкотриена, фактора некроза опухоли, эндотелина, эпидермальные факторы роста, фактора роста нервной ткани и т.д.), которые оказывают воздействие на сенсорные нервные окончания, вызывая болевые ощущения [1,2,4,5]. С вовлечением в патологический процесс проводников болевой чувствительности многие авторы связывают возникновение боли при инфильтрирующем эндометриозе [1,2,5,9]. Исследована связь гипералгезии при глубоком инфильтративном эндометриозе с экспрессией фактора роста нервов (в биоптатах брюшины с эндометриозным поражением), который сам по себе может выступать в роли аллогена, а так же стимулирует выработку нейромедиаторов – триггеров боли, периферической и центральной сенситизации [5]. Глубоким инфильтративным очагом в ректовагинальной перегородке, как правило, сопутствует спаечный процесс, что приводит к иммобилизации тазовых органов и облитерации позадииматочного пространства. Болевой синдром при эндометриозе может принимать стойкий характер, и приводит к патогенному воздействию и дезадаптации систем организма. Такая боль принимает характер патологической. Хроническая боль ведет к снижению физического, социального функционирования, к нарушению сексуальной функции и психоэмоциональным расстройствам, снижая качество жизни.

«Золотым стандартом» диагностики эндометриоза является лапароскопия в сочетании с гистологическим исследованием гетеротопий [2,4].

Цель – анализ частоты и характера болевых ощущений у лиц с наружным генитальным эндометриозом, и ассоциации вида боли с локализацией эндометриозных гетеротопий.

Обследованы 50 женщин репродуктивного возраста, подвергшихся лапароскопии. Показаниями к операции служили бесплодие и диагностированные при УЗИ эндометриозные кисты яичников. В течение предшествующих 6 месяцев ни одна из пациенток не получала гормональной терапии и лечения агонистами гонадотропных гормонов. У них отсутствовала гинекологическая патология, связанная с синдромом тазовой боли (варикозное расширение вен малого таза, воспалительные процессы, опухоли матки и яичников неэндометриозной природы).

Для 1-й части исследования все пациентки были разделены на две группы в зависимости от стадии распространенности эндометриоза, согласно классификации, предложенной Американским обществом фертильности (AFS). В I группу было включено 26 пациенток с перитонеальным эндометриозом I-II стадии, во II – 24 пациентки с генитальным эндометриозом III-IV стадии. Во 2-й части исследования проведена оценка пациенток из обеих групп, имеющих болевой синдром, опираясь на интраоперационную картину, полученную при лапароскопии. Средний возраст пациенток составил 33±2,5 года. Оценка наличия или отсутствия болевого синдрома проводилась по стандартной методике (опрос больной, анализ анамнестических данных и медицинской документации). К дефинициям болевого синдрома были отнесены: альгодисменорея, диспареуния и синдром нециклической тазовой боли (СНТБ). Пациенткам проведено стандартное общеклиническое предоперационное обследование. Лапароскопия велась в стандартных условиях с использованием оборудования фирмы «Karl Storz». Анализ результатов вели с использованием статистической программы Microsoft Excel (for Window XP).

Результаты. У больных I группы частота имеющегося болевого синдрома составила 73%, II группы – 75%. В структуре болевого синдрома I группы преобладали: сочетание нециклической тазовой боли (СНТБ) с альгодисменореей – 42,1%, альгодисменорея – 21%, диспареуния в сочетании с альгодисменореей – 15,8%, моносимптомный болевой синдром в виде диспареунии составил 10,5%, нециклической тазовой боли – 10,5%, а II группы преобладали сочетанные формы: нециклическая тазовая боль и диспареуния – 44,4%, сочетание диспареунии с альгодисмено-

* Кафедра акушерства и гинекологии. Медицинский институт. Тульский государственный университет

реей – 27,7%, тогда как моносимптомный болевой синдром в виде альгодисменореи – 11,1%, нециклической тазовой боли – 11,1%, диспареунии – 5,5% (рис).

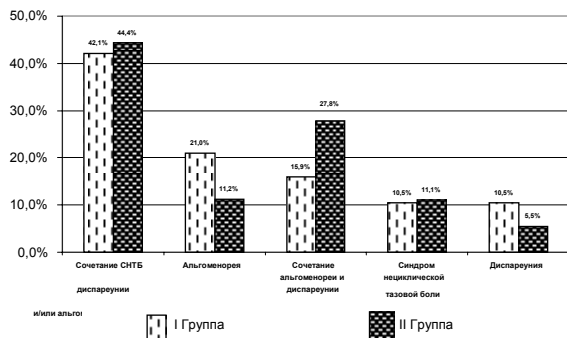


Рис. Компоненты болевого синдрома у больных с эндометриозом

Результаты 2-й части исследования показали, что симптом альгоменореи присутствовал при локализации ЭГ на брюшине малого таза в 37,5% случаев, на крестцово-маточных связках – в 37,5%, эндометриозные кисты с параовариальным спаечным процессом в ассоциации с альгоменореей – в 25% наблюдений. Диспареуния присутствовала при следующих локализациях: брюшина малого таза, крестцово-маточные связки, эндометриозные кисты с параовариальным спаечным процессом и поражение ректовагинальной перегородки – в равных долях.

Изолированный синдром нециклической тазовой боли в 50% соответствовал поражению крестцово-маточных связок и – в 50% наличию ЭГ на тазовой брюшине. Сочетание диспареунии, альгоменореи и синдрома нециклической тазовой боли в различных вариантах встречалось в 26,3% у пациенток с локализацией ЭГ на брюшине малого таза, в 26,3% – на крестцово-маточных связках, в 26,3% – больных со спаечным процессом, и у 21% – с эндометриозными кистами яичников, сочетающимися с параовариальным спаечным процессом.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что среди пациенток обеих групп не выявлено значительной разницы в наличии тазового болевого синдрома, несмотря на различную степень распространенности эндометриоза. Наши данные совпадают с описанными в литературе: действительно, в международных многоцентровых исследованиях не было выявлено положительной корреляции между стадийностью процесса и наличием болевого синдрома [6,7,8,10]. У пациенток 1 группы основными жалобами являлась нециклическая тазовая боль и болезненные менструации. Тогда как во 2 группе преобладали жалобы на диспареунию на фоне нециклической тазовой боли, что можно объяснить глубиной инвазии и спаечным процессом. Т.о. в обеих группах преобладали сочетанные формы болевого синдрома, а наиболее часто встречаемый признак – альгоменорея, что не противоречит данным литературных источников [7]. Результаты 2-й части исследования свидетельствуют о том, что нам не удалось выявить достоверно преобладающий болевой симптом, который имел бы диагностическую ценность в дооперационной диагностике топике процесса. В литературе описаны противоречивые результаты о проблеме соответствия конкретного болевого симптома и его степени тяжести с локализацией эндометриозных поражений. В одних исследованиях представлены доказательные данные о четкой зависимости этих показателей, в частности: спайки в Дугласовом пространстве ассоциированы с дисменореей, диспареуния встречается у пациенток с поражением крестцово-маточных связок, синдром нециклической тазовой боли сопутствует вовлечению кишечника, а дисхезия чаще присутствует при локализации имплантов во влагалище [8].

Единое мнение ученых существует только насчет достоверной корреляции между наличием глубокого инфильтративного эндометриоза и диспареунии, как симптома, встречающегося почти в 100% при этом варианте заболевания, и способного являться диагностическим маркером. Так же мнения большинства исследователей совпадают в вопросе отсутствия болевого синдрома при эндометриозных кистах яичников без сопутствующего спаечного процесса. Считается, что этот вариант локализации эндометриоза, имеет практически безболезненное

течение [6,7,8]. Среди пациенток, у которых отсутствовал болевой синдром, более чем у трети диагностированы изолированные эндометриозные кисты яичников. Разницу в парадоксальном несоответствии между стадией болезни и болевой симптоматикой ученые объясняют возможностью сосуществования различных механизмов генерации боли [5, 8]. В генезе болевого синдрома лежат патогенетические механизмы, связанные с активностью болезни в данный момент, и с заинтересованностью подлежащих нервных структур независимо от распространенности процесса, и с успешными сформироваться в результате былой активности патологическими нейрональными связями.

Учитывая недостаточную эффективность имеющихся методов лечения, патогенетические механизмы возникновения боли при эндометриозе требуют изучения для поисков таргетной терапии болевого синдрома, косвенных суждений о длительности существования заболевания и прогнозирования течения болезни.

Литература

1. Абдуллаева У.А., Ищенко А.И., Озген Д. // Российский вестник акушера-гинеколога. 2004. Т. 4, № 1. С. 41–45.
2. Адамьян Л.В., Кулаков В.И. Эндометриозы. М.: Медицина, 1998.
3. Глазкова О.Л. Клиническая эффективность гормональной терапии и качество жизни больных с наружным генитальным эндометриозом с синдромом хронической тазовой боли: Автореферат дис... канд. мед. наук. М., 1996.
4. Кудрина Е.А. // Гинекология. 2007. Т.9, № 3. С. 37–42.
5. Anaf V., Chapron C., El Nakadi I., De Moor V., Simonart T., Noel J.C. // Fertil. Steril. 2006. Vol 5, №86. P. 1336–1343.
6. Fauconnier A., Chapron C. // Fertil. Steril. 2002. Vol 4, №78. P. 719–726.
7. Fauconnier A., Chapron C. // Human. Reprod. 2005. Vol 6, №11. P. 595–606.
8. Sinait N., Plumb K., Cotton L. // Fertil. Steril. 2008. Vol 3, №89. P. 538–545.
9. Tokushige N., Markham R., Russell P., Fraser IS. Nerve fibres in peritoneal endometriosis. // Hum. Reprod. 2006. Vol 11, №21. P.3001–3007.
10. Vercellini P. et al. // Hum Reprod. 2007. Vol.1, №22. P.266.

УДК 618.15-009.611-055.28-085.615.838 (470.67)

БАЛЬНЕОТЕРАПИЯ ХЛОРИДНО-СУЛЬФАТНО-НАТРИЕВЫМИ ВОДАМИ В ЛЕЧЕНИИ МНОГОРОЖАВШИХ ЖЕНЩИН С БАКТЕРИАЛЬНЫМ ВАГИНОЗОМ

К.М. ДУРПАЛОВА, Н. С.-М. ОМАРОВ*

По заключению комитета экспертов ВОЗ, многочисленные роды и частые беременности являются универсальными факторами риска.
Ключевые слова: бактериальный вагиноз, бальнеотерапия

Поэтому особенно актуально улучшение качества родовспоможения и предупреждения осложнений гестаций у многоплодных женщин (МРЖ) в регионах с высокой рождаемостью. По данным Министерства здравоохранения РД за 2007 г. каждая пятая женщина имела 4 и более родов. По данным С.-М. А. Омара и Н.С.-М. Омара (2005г.) общая заболеваемость у МРЖ в 2,5 раза выше, чем в популяции. Проблема хронических неспецифических заболеваний женских половых органов, среди которых большой удельный вес занимает вульвовагиниты и вагинозы, в настоящее время является весьма актуальной.

Бактериальный вагиноз (БВ) – общий инфекционный невоспалительный синдром, связанный с дисбиозом влагалищного биотопа и сопровождающийся чрезмерно высокой концентрацией облигатно- и факультативно-анаэробных условно-патогенных микроорганизмов с резким снижением или отсутствием молочнокислых бактерий в отделяемом влагалища. [1,4]

БВ у МРЖ нельзя считать безобидным патологическим состоянием. Дисплазия шейки матки, которая является предраковым заболеванием, имеет взаимосвязь с БВ [5]. Причина в том, что многие виды анаэробных бактерий вырабатывают повышенное количество нитрозаминов обладающих онкогенным действием, особенно при присоединении вируса папилломы человека. Хориоамнионит выявляется у 1% беременных – это тяжелое осложнение, угрожающее жизни матери и плода. Имеется взаи-

* 367012, Республика Дагестан, г. Махачкала, пл. Ленина, 1, Дагестанская ГМА, ДНЦ РАМН, Тел. 8(8722)78-07-09, e-mail: kamushek.80@mail.ru