

Ендовідеохірургічна діагностика та лікування ендометріозу у жінок з безплідністю на тлі хронічного тазового болю

А.Є. Дубчак¹, І.І. Ракша¹, О.В. Мілевський¹, І.М. Мандзій²

¹ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України», м. Київ

²Хмельницький перинатальний центр

У статті наведено результати обстеження та лікування ендометріозу у жінок з безплідністю на тлі хронічного тазового болю (ХТБ). У більшості обстежених жінок з безплідністю на тлі ХТБ достовірно частіше виявлені різні форми ендометріозу, причому у 33,75% пацієнок діагноз ендометріозу був встановлений уперше під час проведення лапароскопії (ЛС). Найбільш часто були виявлені поверхневі форми генітального ендометріозу, які були розташовані на очервині, матково-крижових зв'язках, матковій трубці та в області ректовагінальної перетинки. У 7,5% жінок із вогнищами ендометріозу в області крижово-маткових зв'язок та у 6,3% пацієнок із ендометріодними гетеротопіями в області ректовагінальної перетинки больовий синдром був середнього та важкого ступеня. Застосування ЛС з великою точністю дозволяє встановити наявність ендометріозу, етіопатогенетичні фактори безплідності та причини ХТБ і своєчасно їх ліквідувати.

Ключові слова: безплідність, ендометріоз, хронічний тазовий біль, лапароскопія, лікування, діагностика.

Ендометріоз відноситься до найбільш поширених гінекологічних захворювань, частота якого, за даними різних авторів, складає 12–15% у жінок репродуктивного віку [1–3]. Оцінка поширеності ендометріозу в загальній популяції жінок на прикладі 7 провідних країн світу (Англія, Франція, Іспанія, Італія, Німеччина, США, Японія) нараховує майже 17,5 млн жінок, при цьому більше ніж 10 млн – мешканки США та Японії [2]. Симптоматика захворювання складна і різнобічна, що зумовлює значні труднощі в його діагностиці. У 40–50% випадків дане захворювання супроводжується безплідністю [3–5].

Загальноновизнаними клінічними симптомами зовнішнього ендометріозу є біль у нижніх відділах живота та крижової області різної інтенсивності, диспаревнія, порушення менструальної функції (мено- і метрорагія), безплідність, як правило, первинна, рідше – вторинна [6, 7]. Частота безплідного шлюбу за останні роки збільшилась із 10% до 18% і має тенденцію до подальшого зростання [8, 9]. Відновлення фертильності є актуальною проблемою репродуктивної гінекології.

Гінекологічні захворювання (ендометріоз, аденоміоз, ретрофлексія матки, міома матки, хронічні запальні захворювання статевих органів) відносяться до одних із найбільш частих органічних причин хронічного тазового болю (ХТБ) [10–12]. За даними ВООЗ, у кожної п'ятої людини в світі спостерігається хронічний біль, зумовлений захворюваннями різних органів та систем [13]. Понад 60% жінок кожного року звертаються за допомогою до акушера-гінеколога зі скаргами на тазовий біль.

Безсумнівна роль деяких форм ендометріозу в виникненні ХТБ [14–16]. Наявність ендометріодних гетеротопій призводить до розвитку в порожнині малого таза помірно вираженого

неінфекційного запального процесу. Цей процес проявляється збільшенням об'єму перитонеальної рідини та числа макрофагів у ній, підвищенням активності макрофагів та концентрації продуктів їх діяльності, включаючи простагландини, протеолітичні ферменти, цитокіни та фактори росту, що, в кінцевому рахунку забезпечує формування больового синдрому.

Дослідження вмісту ейкозаноїдів (продуктів циклооксигеназного та ліпооксигеназного метаболізму арахідонової кислоти) в перитонеальній рідині, а також інтерлейкіну-6 не виявило ніякої кореляції рівнів цих речовин з тазовим болем (ТБ) [17, 18]. Установлено, що вогнища, які виявлено на крижово-маткових зв'язках, а також глибокі інфільтративні вогнища ректо-вагінальної перетинки можуть безпосередньо вражати нервові волокна, які знаходяться в цих структурах або поряд з ними [18, 19]. Інтенсивність та локалізація болю при спайках та ендометріозі не корелює з тяжкістю та локалізацією патологічного процесу [20].

У 28–74% пацієнок з тазовим болем виявляється зовнішній ендометріоз [21]. У деяких дослідженнях розвиток болю при ендометріозі асоціюють з різними анатомічними порушеннями і змінами перитонеального середовища [6]. Генез болю при зовнішньому ендометріозі має особливості, пов'язані з локалізацією вогнищ. Ендометріодні кісти – найменш «болюча» локалізація ендометріозу. Біль виникає в результаті мікроперфорацій кіст, які спричиняють так званий хімічний перитоніт, а також як результат супутнього спайкового процесу, який порушує тазову анатомію. J. Brooks, I. Tracey (2005) встановили, що найбільш альгогенними є червоні та судинні вогнища, потім прозорі та білі, і, наприкінці, чорні; болючою виявилась пальпація очервини в радіусі до 3 см навколо вогнища; локалізація вогнища не корелювала зі ступенем вираженості болю [22]. Інші автори [23], навпаки, встановили залежність ступеня болючості від локалізації: найбільш альгогенними виявилися рубцеві вогнища крижово-маткових зв'язок та ендометріодний інфільтрат ректовагінальної перетинки.

Залежно від локалізації, форми та поширеності процесу больові відчуття при ендометріозі можуть бути досить різнобічними, але найбільш характерним є ниючий та тягучий біль у нижніх відділах живота або в попереково-крижовій області, які посилюються напередодні або під час менструації. Больовий синдром є настільки характерним для клініки ендометріозу, що багато авторів при виключенні іншої патології, безумовно, пов'язують ХТБ з наявністю тієї або іншої форми цього захворювання [24–26]. Неповний та несвоєчасний діагноз, встановлений за безсистемного використання різних діагностичних методів та наступне неадекватне лікування призводить до посилення больового синдрому та прогресування психоемоційних порушень [25, 27].

Одним із точних методів діагностики та лікування ендометріозу в даний час є лапароскопія (ЛС), точність діагнос-

тики якої досягає від 96% до 100% [7]. Перевага ЛС очевидна: менше виражена операційна травма, менша крововтрата, сприятливий перебіг післяопераційного періоду, скорочення терміну перебування в стаціонарі та добрий косметичний ефект [7, 28, 29]. Ці переваги мають особливе значення для пацієнок з ТБ, оскільки, по-перше, саме лапароскопічне втручання не сприймається хворими як велика або тяжка операція. Відсутність інтенсивного та тривалого післяопераційного болю, пов'язаного з раною передньої черевної стінки, виключають погіршення наявного больового синдрому [30]. Повернення до фізичної активності, рання активізація також сприяють швидкому виходу зі стресового стану, покращуючи загальний емоційний стан пацієнок.

На думку деяких авторів [31], патологія, яка виявлена в результаті різних методів дослідження на доопераційному етапі, підтверджувалась при ЛС лише в 70–90% випадків, в той час як більше 50% пацієнтів з патологічною лапароскопічною картиною не мали патології за результатом загальноклінічного та променевого дослідження перед операцією. Інші автори [32] свідчать, що діагностика до ЛС органів малого таза у хворих з ХТБ є помилковою у 53% спостережень, а своєчасно проведена ЛС сприяє адекватній діагностиці та терапії пацієнтів. В результаті ЛС у пацієнок з ХТБ виявлено спайковий процес у 39%, ендометріоз – у 22%, міома матки – у 13%, у 16% – не виявлено жодної патології органів малого таза. Інші дані у жінок з ХТБ наводить F.M. Howard: лише у 65% пацієнок виявлена патологічна картина. Найбільш часто виявляли ендометріоз (33%), спайковий процес (24%), гідросальпінкси (5%), кісти яєчників. У 35% пацієнок не виявлено будь-якої патології органів малого таза [33].

Більшість дослідників відсутність вірогідної гінекологічної патології при ЛС на фоні клініки ХТБ пов'язують з наявністю вогнищ глибокого інфільтративного ендометріозу [34]. Відносно до ступеня поширеності глибоких вогнищ ендометріозу лапароскопічна оцінка досить часто буває помилковою [10, 35]. Глибокі вогнища ендометріозу можуть бути недіагностованими під час операції, як мінімум, у двох із трьох пацієнок [36]. За даними Martin (1999), у 59% випадків гістологічно підтвердженого ендометріозу не виявлено під час ЛС [37]. F.M. Howard у 6% випадків гістологічних досліджень, які були взяті для біопсії із візуально незмінних крижово-маткових зв'язок виявив ендометріоз [33].

Деякі автори у пацієнок з ХТБ через досить високий відсоток малоінформативних лапароскопічних втручань ставлять питання щодо доцільності ЛС у таких пацієнок, пропонуючи схеми емпіричної терапії ХТБ агоністами GnRH [9, 26]. На думку С.А. Winkel, таке лікування є обґрунтованим, враховуючи те, що при ЛС частіше зустрічаються ендометріодні вогнища та спайковий процес або відсутність патології, тому проводити ЛС як діагностичний метод при ХТБ немає потреби, оскільки ЛС не встановлює точний діагноз, а несе ризик розвитку можливих ускладнень [26]. Даних щодо застосування у пацієнок з безплідністю, яка супроводжується ХТБ, комплексного лікувального підходу, який би включав ендовідеохірургічний метод, патогенетично обґрунтоване медикаментозне лікування та корекцію психоемоційного стану, у сучасній літературі немає.

Таким чином, питання про доцільність проведення ЛС у пацієнок з безплідністю на тлі ХТБ неоднозначне. У багатьох випадках необхідність проведення ЛС є очевидною і зумовлена формою гінекологічної патології, яка виявлена перед операцією. Досить часто анатомічні зміни органів незначні відповідно до суб'єктивних проявів хвороби. Наведені вище аспекти зумовлюють удосконалення діагностики та лікування жінок з безплідністю, яка супроводжується ХТБ з використанням ендовідеохірургічних методів.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Обстежено 100 жінок з безплідністю, яким проведена ЛС, з них у 80 пацієнок безплідність супроводжувалася ХТБ, зумовленим залишковими явищами тривалого хронічного запалення матки і придатків (I – основна група), у 20 – безплідність без ХТБ (II – група порівняння). Усі жінки основної групи оцінювали свій стан в цілому як задовільний, а інтенсивність болю від незначного до помірного (больовий індекс до 6 балів). Для оцінювання болю також проводили аналіз ступеня його вираженості за візуальною аналоговою шкалою якості життя (ВАШ).

Усім обстеженим пацієнткам проведена ЛС. Показанням до її проведення було встановлення причини безплідності та ХТБ, підозра на перитонеальний генез безплідності або встановлена гінекологічна патологія у жінок з безплідністю на тлі ХТБ. ЛС проводили за традиційною методикою, під ендотрахеальним наркозом з використанням лапароскопа Karl Storz (Німеччина) і Olympus (Японія). Для оброблення статистичного матеріалу використовували персональний комп'ютер Pentium-IV.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Усі обстежені жінки були репродуктивного віку, середній вік – $29,1 \pm 1,2$ року. Середній вік менархе у пацієнок склав $13,1 \pm 0,03$ року. Більшість жінок основної групи відзначали велику крововтрату під час менструації, в II групі – 45%. Найчастіше дисменорея зустрічалася у пацієнок з ХТБ (60,0%) і у 25,0% хворих з безплідністю без ХТБ. Серед порушень менструальної функції у жінок з ХТБ частіше виявляли менометрагію і гіперполіменорею (26,4% і 31,3% відповідно).

Майже половина жінок основної групи не вагітніли протягом 6–10 років. Хворі з тривалістю безплідності від 2 до 5 років склали дещо менший відсоток. Більшість обстежених з безплідністю на тлі ХТБ зазначали, що причиною первинної безплідності були перенесені запальні захворювання внутрішніх статевих органів і ранній початок статевого життя. Серед етіологічних факторів вторинної безплідності у обстежених жінок I групи на перше місце виступають штучні або мимовільні аборти і замерла вагітність в малому терміні в анамнезі, у жінок II групи частіше причиною вторинної безплідності була позаматкова вагітність, яка узгоджується з високим відсотком перенесених запальних процесів статевих органів.

Оперативні втручання на органах малого таза з приводу позаматкової вагітності, пластики маткових труб, консервативної міомектомії і апендициту були проведені у 27 (33,8%) жінок I групи, причому двічі – у 9 (11,3%) з них (у II групі – у 2 (10,0%) і 1 (5,0%) пацієнтки відповідно). У всіх обстежених жінок було хронічне запалення статевих органів. Причому, ізольоване запалення зустрічалось рідко, частіше воно поєднувалось з ендокринними захворюваннями внутрішніх статевих органів.

Усі жінки I групи скаржилися на наявність ХТБ. Тривалість ХТБ становила від 2 до 10 років. У більшості обстежених пацієнок (80%) ХТБ виникла після перенесених оперативних втручань на органах малого таза та черевної порожнини, у 75% – після перенесеного гострого запалення внутрішніх статевих органів, у 20% – після перенесеного артифіційного аборту. Більшість обстежених основної групи (86,3%) проходили комплексну протизапальну терапію. У всіх випадках госпіталізація була неодноразовою, а тривалість непрацездатності протягом року в середньому становила $32,6 \pm 5,4$ днів. Основною скарою жінок основної групи був періодичний біль низу живота, з іррадіацією в попереково-крижову область, внутрішню поверхню стегна, верхню частину піхви. У 73,8% обстежених біль був тягучого ниючого характеру з періодичністю від декількох разів протягом 1 міс до 2–3 разів протягом року і тривалістю від декількох годин до декількох днів. Майже половина обстежених жінок з безплідністю на тлі ХТБ відзначалась тупий, розпирюю-

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

Виявлена патологія	Обстежені жінки			
	I група (n=80)		II група (n=20)	
	Абс. число	%	Абс. число	%
Спайковий процес	80	100,0*	5	25
Ендометріоз (всього):	54	67,50*	1	5
аденоміоз;	7	8,75*	-	-
аденоміоз, ендометріоз очеревини, ректовагінальної перетинки;	15	18,75*	-	-
аденоміоз, ендометріодна кіста яєчника;	5	6,25*	-	-
аденоміоз, ендометріоз маткової труби, крижово-маткової зв'язки;	18	22,5*	-	-
ректовагінальної перетинки, крижово-маткової зв'язки;	6	7,5	-	-
яєчників, очеревини.	3	3,75*	2	10
Ретенційні кісти яєчників	26	32,5	6	30
Параоваріальна кіста	4	5*	-	-
Фіброміома матки	2	2,50*	-	-
Патології не виявлено	-	-	1	5
Варикозне розширення вен малого таза	9	11,25	-	-
Гідросальпінкс				

Примітка: * – різниця достовірна між показниками I і II груп (p<0,05).

чий біль. Оцінка больових відчуттів на основі показників ВАШ свідчить, що больовий синдром середнього ступеня тяжкості виявлений у 43 (53,8%) обстежених I групи, легкого – у 36 (45,0%) жінок, важкого – у 2 (2,5%) пацієнток. Виявлено прямий кореляційний зв'язок середньої сили між інтенсивністю болю і тривалістю больового синдрому: $r=+0,44$; $p=0,001$.

ЛС проводили для об'єктивізації діагнозу і з лікувальною метою. В основному ЛС проводили з 15-го до 20-го дня менструального циклу для оцінювання овуляторної здатності яєчників, в деяких випадках ЛС проводили у 1-у фазу циклу. У 13 (16,3%) обстежених I групи великий чепець був підпаяний до області післяопераційного рубця, що вимагало його відділення для огляду органів малого таза. Виявлено наявність пливчастих і струноподібних спайок з органами малого таза. У 29 (36,3%) жінок товста кишка, у 8 (10,0%) обстежених – петлі тонкої кишки були підпаяні до області придатків матки. Причому, у 34 (42,5%) жінок I групи виявлено поєднання спайкового процесу органів малого таза і черевної порожнини. При ЛС у всіх обстежених I групи виявлено спайковий процес в області придатків матки. В основному спайковий процес в області малого таза виявлено II (в 28,8% в області яєчників і у 31,3% – маткових труб) і III ступеня (в 36,3% в області яєчників і в 38,8% – в області маткових труб). Лапароскопічно у 54 (67,5%) обстежених жінок з безплідністю на тлі ХТБ достовірно частіше виявлені різні форми ендометріозу (таблиця), причому у 27 (33,75%) обстежених діагноз ендометріозу був поставлений уперше під час ЛС.

При ЛС-огляді найбільш частими знахідками були поверхневі форми генітального ендометріозу, які були розташовані на очеревині, матково-крижових зв'язках, матковій трубі та в області ректовагінальної перетинки. У 6 (7,5%) жінок із вогнищами ендометріозу в області крижово-маткових зв'язок та у 5 (6,25%) пацієнток із едометріодними гетеротопіями в області ректовагінальної перетинки больовий синдром був середнього до важкого ступеня.

Ендометріодні гетеротопії були виявлені на очеревині малого таза у 18 (22,5%) обстежених, на маткових трубах та яєчниках – у 21 (26,3%) жінки. Явища пельвіоцелюліту були виявлені у 6 (7,5%) обстежених. У 2 (2,5%) пацієнток I групи був субсерозний фіброматозний вузол по задній стінці матки діаметром до 1 см. Ретенційні кісти яєчників у жінок з безплідністю та ХТБ на фоні спайкового процесу були вияв-

лені у 26 (32,5%) обстежених: лютеїнова – у 6 (7,5%), фолікулярна – у 17 (21,25%), проста серозна кіста діаметром до 6 см – у 3 (3,75%) жінок. Ретенційні кісти були з тонкою стінкою, невеликих розмірів, зі слабким судинним малюнком. Обов'язково проводили біопсію стінки кісти, що підтвердило співпадіння ендоскопічного та морфологічного діагнозу в усіх випадках. Наявність жовтого тіла діаметром 1–2 см, перитонеального світло-геморагічного серозного випоту в малому тазу та наявність геморагічного жовтого тіла з овуляторною стигмою свідчить про овуляторну здатність яєчника, яка у обстежених жінок з безплідністю виявлена відповідно у 26,3% основної групи та у 20,0% в групі порівняння.

Роз'єднання спайок органів малого таза та черевної порожнини проведено у 46,25% жінок з безплідністю та ХТБ, сальпінгооваріолізис – в усіх обстежених I групи та майже у третини жінок II групи. Проведено розсічення спайок в області придатків, малого таза, оваріолізис з обох боків. Роз'єднання спайок проводили за допомогою ножиць та L-подібним електродом. Ендометріодні гетеротопії коагулювали голковим електродом. Відновлення прохідності маткових труб було досягнуто в усіх пацієнток з безплідністю. Критерієм відновлення прохідності маткових труб були дані хромосальпінгографії.

Таким чином, аналіз отриманих даних свідчить, що застосування ЛС з великою точністю дозволяє встановити етіопатогенетичні фактори безплідності та причини ХТБ і своєчасно їх лікувати.

ВИСНОВКИ

1. Лапароскопія (ЛС) є необхідним етапом діагностики та лікування перитонеального ендометріозу, тому ЛС рекомендовано проводити всім жінкам з безплідністю на тлі ХТБ.

2. У всіх жінок з безплідністю на тлі ХТБ виявлено спайковий процес органів малого таза та черевної порожнини, частіше (p<0,05) виявлялися різні форми генітального ендометріозу, причому вперше він був виявлений під час ЛС у 33,75% пацієнток. Причому, поєднання аденоміозу та зовнішнього генітального ендометріозу було виявлено у 47,5% випадків, що перевищує частоту цієї патології у жінок з безплідністю без ХТБ (p<0,05).

3. У жінок з безплідністю на тлі ХТБ оперативне лікування є важливим компонентом, який визначає ефективність комбінованого лікування.

Эндовидеохирургическая диагностика и лечение эндометриоза у женщин с бесплодием на фоне хронической тазовой боли
А.Е. Дубчак, И.И. Ракша, А.В. Милевский, И.Н. Мандзий

Laparoscopy diagnosis and treatment of endometriosis in infertile women with chronic pelvic pain
A.E. Dubchak, I.I. Raksha, A.V. Milevsky, I.N. Mandzy

В статье представлены результаты обследования и лечения эндометриоза у женщин с бесплодием на фоне хронической тазовой боли (ХТБ). У большинства обследованных женщин с бесплодием на фоне ХТБ достоверно чаще выявлены разные формы эндометриоза, причем у 33,75% пациенток диагноз эндометриоза был установлен впервые во время проведения лапароскопии (ЛС). Наиболее часто выявляли поверхностные формы генитального эндометриоза, которые располагались на брюшине, маточно-крестцовых связках, маточной трубе и в области ректовагинальной связки. У 7,5% женщин с очагами эндометриоза в области крестцово-маточных связок и у 6,3% пациенток с эндометриозными гетеротопиями в области ректовагинальной связки болевой синдром был средней и тяжелой степени. Использование ЛС с большой точностью позволяет установить наличие эндометриоза, этиопатогенетические факторы бесплодия и причины ХТБ и своевременно их устранить.

Ключевые слова: бесплодие, эндометриоз, хроническая тазовая боль, лапароскопия, лечение, диагностика.

This article presents the results of examination and treatment of endometriosis in infertile women with chronic pelvic pain (CPP). Laparoscopic CPP significantly more often identified different forms of endometriosis, with 33.75% of the patients had a diagnosis of endometriosis was first raised during the PM. The most frequent findings were superficial forms of endometriosis, which is located on the peritoneum, the uterosacral ligaments, the fallopian tube and in the recto-vaginal ligament. At 7.5% of women with endometriosis in the sacro-uterine ligaments, and in 6.3% of patients with endometriosis in the recto-vaginal ligament pain was moderate to severe. Using laparoscopy with high accuracy allows to establish the presence of endometriosis, infertility etiopathogenetic factors and causes of CPP and to fix them promptly.

Key words: infertility, endometriosis, chronic pelvic pain, laparoscopy, treatment, diagnosis.

Сведения об авторах

- Дубчак Алла Ефремовна** – ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии Национальной академии медицинских наук Украины», 04050, г. Киев, ул. Платона Майбороды, 8; тел.: (044) 483-38-61
Ракша Ирина Ивановна – ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии Национальной академии медицинских наук Украины», 04050, г. Киев, ул. Платона Майбороды, 8
Милевский Александр Валерьевич – ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии Национальной академии медицинских наук Украины», 04050, г. Киев, ул. Платона Майбороды, 8
Мандзий Ирина Николаевна – Хмельницкий перинатальный центр, 29000, г. Хмельницкий, ул. Пилотская, 1; тел.: (0382) 61-61-89

СПИСОК ЛИТЕРАТУРИ

1. Радзинский В.Е. Репродуктивное здоровье: Учебное пособие / Под ред. В.Е. Радзинского. – М.: РУДНб. – 2011. – 727 с.
2. Марченко Л.А. Современные тенденции в лечении эндометриоза (клиническая лекция) // Гинекология. – 2008. – Т. 10, № 6. – С. 29–32.
3. Ziegler D. Endometriosis and infertility: pathophysiology and management / D. de Ziegler, B. Borghese, C. Chapron // Lancet. – 2010. – Vol. 376 (9742). – P. 730–738.
4. Акушерство та гінекологія: у 4 т.: національний підручник / ред.пр. В.М.Запорожан.– Т. 3: Неоперативна гінекологія.– К.: ВСВ Медицина, 2014.– 928 с.
5. Баскаков В.П., Диагностика и лечение эндометриоза на современном этапе: Пособие для врачей / В.П. Баскаков, Ю.П. Цвелев, Е.Ф. Кира. – СПб.: Наука, 1998. – 32 с.
6. Адамьян Л.В. Генитальный эндометриоз: этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение: Метод. пособие для врачей: Сост. Л.В. Адамьян, Е.Н. Андреева. – М., 2001. – 37 с.
7. Гладчук И.З. Использование противовоспалительных барьеров у бесплодных больных с тяжелыми формами эндометриоза / И.З. Гладчук, А.Г. Волянская, Е.Н. Степановичус. // Зб. наукових праць Асоціації акуш.-гін. України. – К.: Інтермед, 2011. – 1024 с.
8. Кулаков В.И. Бесплодный брак. Современные подходы к диагностике и лечению / Под ред. В.И. Кулакова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. – 616 с.
9. Кулаков В.И. Гинекология: национальное руководство / под ред. В.И. Кулакова, И.Б. Манухина, Г.М. Савельевой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 1088 с.
10. Яроцкая Е.Л. Особенности тактики ведения гинекологических больных, страдающих тазовыми болями / Е.Л. Яроцкая, Л.В. Адамьян // Пробл. репродукции. – 2003. – № 3. – С. 17–26.
11. Яроцкая Е.Л. Тазовые боли при хирургической гинекологической патологии / Е.Л. Яроцкая, Л.В. Адамьян // Эндоскопия в диагностике, лечении и мониторинге женских болезней (Материалы Междунар. конгресса 12–16 июня 2000). – М., 2000. – С. 358–380.
12. Дубчак А.Е. Проблема хронической тазовой боли у женщин с бесплодием и пути ее решения / А.Е. Дубчак, А.Г. Корнацкая, А.В. Милевский, И.Н. Мандзий // Охрана материнства и детства. – Витебск. – 2012. – № 2 (20). – С. 55–59.
13. Руководство ВОЗ по стандартизованному обследованию и диагностике бесплодия супружеских пар. / Пер. с англ. – М.: МедПресс, 1997. – 91 с.
14. Brosens I.A. Эндометриоз яичников / I.A. Brosens, M.D. Brosens // Международный конгресс по эндометриозу, апрель: Материалы и тезисы. – М., 1996. – С. 64–74.
15. Hurd W.W. Criteria that indicate endometriosis is the cause of chronic pelvic pain / W.W. Hurd // Obstet. Gynecol. – 1998. – V. 2. – P. 1029–1032.
16. Return of chronic pelvic pain from endometriosis after raloxifene treatment: a randomized controlled trial / P. Stratton, N. Sinaii, J. Segars [et al.] // Obstet Gynecol. – 2008 Jan; 111 (1):88–96.
17. Насонова В.А. Боль в нижней части спины у подростков / В.А. Насонова, Г.Г. Багирова // Леч. врач. – 2005. – № 1. – С. 40–42.
18. Незнанов Н.Г. Характеристика депрессивных расстройств у пациенток с хроническими тазовыми болями / Н.Г. Незнанов, И.Ю. Щеглова // Соц. и клин. психиатр. – 2004. – № 2. – С. 27–31.
19. Петрунько О.В. Депрессия и тревога в клинике соматизированного расстройства / О.В. Петрунько // Соц. и клин. психиатр. – 2004. – № 2. – С. 21–26.
20. Migraine in women with chronic pelvic pain with and without endometriosis / Karp B.I., Sinaii N., Nicman L.K. et al. // Fertil Steril. 2010 Dec. 8. 116–121.
21. Гаспарян С.А. Инфильтративная форма генитального эндометриоза: патогенез, диагностика, лечение, методы реабилитации, отдаленные результаты / С.А. Гаспарян // Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2003. – 32 с.
22. Brooks J. From nociception to pain perception: imaging the spinal and supraspinal pathways / J. Brooks, I. Tracey // J Anat 2005; 1 (207): 19–34.
23. Киселева Г.Г. Отдаленные результаты хирургической лапароскопии у девочек с синдромом тазовых болей и объемными образованиями придатков матки / Г.Г. Киселева, Т.С. Быстрицкая, О.Т. Путенцева // Эндоскопия в диагностике, лечении женских болезней. – М.; Пантори, 2000. – С. 396–398.
24. Duffy S. Chronic pelvic pain: defining the scope of the problem / S. Duffy // Int. J. Gynecol. Obstet. – 2001 Sep; 74 Suppl. 1. – P. 3–9.
25. 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.

26. Winkel C.A. Role of a symptom-based algorithmic approach to chronic pelvic pain / C.A. Winkel // *Int. J. Gynecol. Obstet.* – 2001 Sep; 74 Suppl.1. – P. 15–21.
27. Fenton BW. Frequency and distribution of multiple diagnoses in chronic pelvic pain related to previous abuse or drug-seeking behavior / BW. Fenton, C. Durner, J. Fanning // *Gynecol Obstet Invest.* 2008;65 (4):247–51.
28. Лапароскопия в лечении больных с доброкачественными опухолями яичников / А.В. Михайлов, Д.Н. Чувашкин, В.А. Глебов, Л.А. Лернер // Эндоскопия в диагностике, лечении и мониторинге женских болезней (Материалы Междунар. конгресса 12–16 июня 2000). – М., 2000. – С. 134–136.
29. Савельева Г.М. Лапароскопия в гинекологии / Г.М. Савельева. – М.: ГЭОТАР-Медицина, 2000. – 250 с.
30. Хирургическое лечение синдрома тазовых болей в гинекологической клинике / Г.А. Савицкий, Р.Д. Иванова, И.Ю. Щеглова, П.А. Попов. – СПб.: ЗАО «ЭЛБИ», 2000. – 144 с.
31. Chronic pelvic pain: prevalence, health-related quality of life and economic correlates / S.D. Mathias, M. Kuppermann, R.E. Liberman, R.S. Lipschutz, J.F. Steege // *Obstet. Gynecol.* – 1996. – V. 87. – P. 321–327.
32. Chronic pelvic pain in the community-symptoms, investigations, and diagnoses / K.T. Zondervan, P.L. Yudkin, M.P. Vessey, C.P. Jenkinson, M.G. Dawes, D.H. Barlow, S.H. Kennedy // *Am J Obstet Gynaecol.* 2001 May;184 (6):1 149–1155.
33. Pelvic pain: Diagnosis a. management / Senior ed. F.M. Howard [et al.]. – Philadelphia: Lippincot-Raven Publishers, 2000. – 529 p.
34. Корреляция между эндометриозом и синдромом тазовых болей / P.R. Koninckx et al. // Эндоскопия в диагностике, лечении и мониторинге женских болезней (Материалы Междунар. конгресса 12–16 июня 2000). – М., 2000. – С. 345–350.
35. Эндоскопические методы лечения эндометриоза / А.И. Ищенко, Е.А. Кудрина, Г.Г. Грачева, М.М. Глебова // Эндоскопия. Хирургия. – 2002. – № 4. – С. 59–62.
36. Endometriosis- associated pelvic pain: evidence for an association between the stage of disease and a history of chronic pelvic pain / D.W. Stovall, L.M. Bowser, D.F. Archer, D.S. Guzick // *Fertil. Steril.* – 1997. – V. 68. – P. 13–18.
37. Martin D.C. Endometriosis and pain / D.C. Martin, F.W. Ling // *Clin. Obstet. Gynecol.* – 1999. – May; 42 (3). – P. 664–668.

Статья поступила в редакцию 22.09.2015

НОВОСТИ МЕДИЦИНЫ

ПРЕДЛОЖЕН НОВЫЙ СПОСОБ БОРЬБЫ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Исследователи из Лондонского университета Королевы Марии (Queen Mary University of London) предложили новый способ лечения ревматоидного артрита.

Они утверждают, что облегчить состояние людей, страдающим этим заболеванием, помогут микровезикулы, присутствующие в большинстве клеток. Микровезикулы - крошечные пузырьки, наполненные жидкостью, которые в больших количествах образуются в клетках.

Профессор Мауро Перретти (Mauro Perretti) и его коллеги выяснили, что микровезикулы, выделяемые нейтрофилами, не-

редко скапливаются в области суставов пациентов, страдающих ревматоидным артритом. Оказалось, что они способны проникать внутрь хряща, что ранее считалось невозможным.

Ученые провели ряд экспериментов и оказалось, что снижение уровня продукции микровезикул у мышей, страдающих ревматоидным артритом, вызывало гораздо более сильные повреждения хрящевой ткани, чем у тех грызунов, продукция везикул у которых была в норме. Введение микровезикул помогало бороться с повреждениями. Также защитный эффект микровезикул из

нейтрофилов был продемонстрирован на культуре хрящевых клеток, полученных из клеток больных, страдающих ревматоидным артритом.

Авторы объясняют, что использование микровезикул может помочь не только в борьбе с ревматоидным артритом, но и при лечении последствий травм. Внутри микровезикул, применяемых для терапии, также можно будет вводить дополнительные компоненты, способствующие улучшению состояния хрящевой ткани.

<http://www.medicalnewstoday.com>