

61-66. Стругацкий В.М. Спаечный процесс в малом тазу. В кн. Практическая гинекология / В.М. Стругацкий. - М.; 2002. - С. 338-344. H. Lim, S.K. Das [et al.] // Endocrinol Rev. - 2004. - Vol. 25, № 3. - P. 341-373. Molecular cues to implantation / S.K. Dey,

Парницька О.І., Задорожна Т.Д., Арчакова Т.Н., Ревенько О.А.
МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ У ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ

Резюме. *Нами були досліджені морфологічні та імуногістохімічні особливості ендометрія у жінок з бесплодієм після перенесеного штучного переривання вагітності. У всіх зразках ендометрія жінок з бесплодієм виявлені патологічні зміни на гістологічному рівні, а також порушення експресії рецепторів до естрогенів та прогестерону, що, ймовірно, обумовлює порушення імплантації та призводить до репродуктивних втрат.*

Ключевые слова: гиперпластические процессы, эндометрий, бесплодие.

Parnytska O.I., Zadorozhna T.D., Archakova T.M., Revenko O.A.
MORPHOLOGICAL FEATURES OF HYPERPLASTIC PROCESSES OF ENDOMETRIUM FROM WOMEN WITH INFERTILITY

Summary. *The histological and immunohistochemical study of endometrial hyperplastic processes from women with infertility was performed. Such morphological features as polyps, simple and complex non-atypical hyperplasia, delay of endometrium maturation with disturbances in estrogen and progesterone receptors expression were evaluated.*

Key words: endometrial hyperplasia, infertility, implantation.

Стаття надійшла в редакцію 19.04.2013 р.

Парницька Ольга Ігорівна - к.мед.н., ст.н.співр. лабораторії патоморфології ДУ "Інститут педіатрії, акушерства і гінекології Національної академії медичних наук України"; (050) 549 42 33; ilyina29@yandex.ru;
 Задорожна Тамара Данилівна - д.мед.н., професор, завідувач патоморфологічного відділення з кабінетом електронної мікроскопії ДУ "Інститут педіатрії, акушерства і гінекології Національної академії медичних наук України"; (044) 4831612;
 Арчакова Тетяна Миколаївна - к.мед.н., ст.н.співр. лабораторії патоморфології ДУ "Інститут педіатрії, акушерства і гінекології Національної академії медичних наук України"; (044) 4839231;
 Ревенько Олег Олександрович - к.мед.н., ст.н.співр. відділення реабілітації репродуктивної функції жінок ДУ "Інститут педіатрії, акушерства і гінекології Національної академії медичних наук України".

© Дзись Н.П.
 УДК: 612.13:618.214:618.12-002

Дзись Н.П.

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова кафедра акушерства гінекології № 2 (вул. Пирогова, м. Вінниця, Україна, 21018)

СТАН КРОВотоКУ В ПРИДАТКАХ МАТКИ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ ПРИ ХРОНІЧНОМУ САЛЬПІНГООФОРИТІ В СТАДІЇ ЗАГОСТРЕННЯ

Резюме. *В статті представлені результати обстеження 53 пацієнток репродуктивного віку із хронічним сальпінгоофоритом в стадії загострення та 25 здорових жінок. Встановлено відмінності показників кровотоку в маткових, яєчникових артеріях та гілках маткової артерії - яєчниковій і трубній у жінок досліджуваних груп. Проведений аналіз показав, що у хворих із хронічним сальпінгоофоритом в стадії загострення індекси опору судин (PI, RI, S/D) достовірно вищі в маткових, яєчникових артеріях та гілках маткової артерії в порівнянні з контрольною групою. Отримані результати дослідження доцільно використовувати в клінічній практиці для оцінки діагностичних критеріїв хронічного сальпінгоофориту в стадії загострення та призначення патогенетичної терапії.*

Ключові слова: хронічний сальпінгоофорит в стадії загострення, індекси опору судин, діагностика, ультразвукова доплерометрія.

Вступ

Стан кровозабезпечення різних органів опосередковано відображає система мікроциркуляції, яка є структурною ланкою системи кровообігу [Курьяк і др., 2001; Смольнова і др., 2007]. Тому інтерес до вивчення даної проблеми при різних патологічних станах жіночої статеві сфери в останній час значно зріс.

Тривалі порушення мікроциркуляції, як відомо, сприяють розвитку локальної гіпоксії та ацидозу, значно погіршують трофіку тканин, а затяжний хронічний перебіг

патологічного процесу призводить, як правило, до дегенерації рецепторного та провідникового апарату тазових органів, дистрофії клітин сонячного, аортального та інших нервових сплетень [Зятіна, Гудима, 2007; Stuart et al., 1980].

Враховуючи те, що одним із симптомів хронічного сальпінгоофориту в стадії загострення є хронічний тазовий біль, основними причинами формування якого є розлади регіонарної та внутрішньоорганної гемодина-

міки [Подзолкова, Глазкова, 2005; Gosling et al., 1975] тому метою нашого дослідження стало вивчення особливостей кровотоку в придатках матки при даному патологічному стані.

Найбільш сучасним та високоінформативним методом уточнення характеру порушень на функціональному рівні - є ультразвукова доплерометрія, можливість якої дозволяють реєструвати та проводити інтерпретацію показників швидкості кровотоку в різних відділах судинного русла. В даний час для інтерпретації доплерограм широко застосовують якісний аналіз спектральних кривих, показники якого не залежать від діаметру судин та величини кута інсонації, так як якісна характеристика кровотоку базується на співвідношенні його швидкості в різні фази серцевого циклу.

В ході якісного аналізу спектральних кривих використовуються значення максимальної швидкості кровотоку, такі параметри як, максимальна систолічна швидкість кровотоку, яка відображає скоротливу функцію серця та еластичність стінок судини, що досліджується і кінцевої діастолічної швидкості, яка визначається опором периферичного судинного русла. Кожний із вказаних параметрів пов'язаний з кутом інсонації, але при якісній оцінці кровотоку має значення тільки їх співвідношення, в зв'язку з чим виключається необхідність враховувати величину кута інсонації. До таких показників відносяться пульсаційний індекс, індекс резистентності та систоло-діастолічне відношення [Стрижаков, Давыдов, 1999; Агеева, 2000].

Заданими літератури про- та ретроспективний аналіз доплерограм клубових, маткових і яєчникових артерій показав, що для кожної судини характерна певна спектральна крива швидкості кровотоку.

Однак, на відміну від внутрішніх клубових артерій, спектр маткових судин має значно меншу амплітуду як систолічного так і діастолічного компонентів.

Основні судини малого тазу які є доступними для ідентифікації за допомогою трансвагінального ультразвукового сканування - зовнішні та внутрішні клубові артерії та вени, маткові та яєчникові артерії [Стрижаков, Давыдов, 1999].

Матеріали та методи

Комплексно обстежено 78 жінок репродуктивного віку умовно поділених на дві клінічні групи: першу (основну групу) склали 53 жінки з хронічним сальпінгоофоритом в стадії загострення, в другу (контрольну групу) входило 25 соматично здорових жінок. В основну групу відбір хворих проводили шляхом виключення пацієнок, що мали тазовий біль пов'язаний з ендометріозом, кістами яєчників, міомою матки, варикозним розширенням вен малого тазу. Загальноклінічне обстеження проводили за стандартною схемою, яка передбачала скарги пацієнтки, дані анамнезу, об'єктивний огляд та гінекологічне обстеження. Виконувався певний спектр лабораторних та інструментальних ме-

тодів обстеження. Вивчення кровотоку в маткових, яєчникових артеріях та гілках маткової артерії проводили шляхом високочастотної ультразвукової доплерографії апаратом ALOKA SSD - 3500 на 5-7 день менструального циклу. При доплерометричному дослідженні кровотоку в артеріях малого тазу візуалізували кольорові локуси, які відповідали розташуванню судин та оцінювали особливості їх васкуляризації. Реєстрацію кривих швидкостей кровотоку в досліджуваних судинах проводили на відеоплівку. В подальшому отриманий матеріал обробляли за допомогою спеціальних пакетів, запрограмованих в комп'ютерному блоці ультразвукового апарату ALOKA SSD - 3500 поєданого з доплерівським апаратом. Комплекс вказаних приладів складав "дуплекс-систему", яка забезпечувала можливість одночасної проєкції на екран ультразвукового апарату зображення судин в реальному масштабі часу та доплерівських кривих швидкостей кровотоку в них. Для якісного аналізу спектральних характеристик швидкості кровотоку визначали: пульсаційний індекс - (PI), індекс резистентності - (IR), систоло-діастолічне відношення (S/D), кінцеву діастолічну швидкість кровотоку (EDV), пікову систолічну швидкість кровотоку (PSV), середню швидкість кровотоку (MnV м/с). Результати обстеження оброблені методом варіаційної статистики, а відмінності між групами оцінені по критерію Ст'юдента, рахуючи їх достовірними при $p < 0,05$.

Результати. Обговорення

Вік обстежених пацієнок коливався від 18 до 44 років. В шлюбі було 62 жінки. При цьому середній вік пацієнок із хронічним сальпінгоофоритом в стадії загострення становив $26,7 \pm 3,2$ років, жінок групи контролю - $27,1 \pm 3,1$ років, що складає період максимальної реалізації репродуктивної функції жінки. Серед факторів, які сприяли загостренню хронічного сальпінгоофориту найбільш вагомими були переохолодження, рецидив хронічного соматичного захворювання, статевий акт, менструація. При аналізі соціального стану обстежених жінок було встановлено, що серед пацієнок основної групи переважали робітниці, а саме 29 (54,7%) пацієнок, студенток нараховувалося 2 (3,8%), службовок 12 (22,6%) та домогосподарок 8 (15,1%). В контрольній групі студентки склали 20%, тобто 5 жінок, службовки - 12%, домогосподарки - 56% та робітниці - 8%. Індекс маси тіла у пацієнок з хронічним сальпінгоофоритом в стадії загострення та у жінок контрольної групи був приблизно однаковим та складав $23,4 \pm 0,46$ та $22,9 \pm 0,37$ відповідно. Переважна більшість пацієнок з хронічним сальпінгоофоритом в стадії загострення - 43 (81,1%) в дитячому та пубертатному віці хворіли дитячими інфекційними захворюваннями. Здорові жінки контрольної групи тільки в 2 (8%) випадках мали інфекційні хвороби в дитинстві. При дослідженні соматичного анамнезу в пацієнок із хронічним сальпінгоофоритом в стадії загострення захворювання шлунко-

Таблиця 1. Допплерометричні показники кровотоку в правих маткових, яєчникових артеріях у жінок досліджуваних груп.

| Показник | Судини, шр досліджувалися | | | |
|----------|---------------------------|-------------------------|----------------------|-------------------------|
| | Arteria uterina | | Arteria ovarica | |
| | Основна група (n=53) | Контрольна група (n=25) | Основна група (n=53) | Контрольна група (n=25) |
| PI | 2,59±0,01* | 2,08 ± 0,09 | 2,96±0,03* | 2,71±0,02 |
| RI | 0,67±0,06* | 0,59±0,04 | 0,66±0,05* | 0,61±0,03 |
| S/D | 2,11±0,01* | 2,09±0,08 | 2,32±0,08* | 1,93±0,02 |
| PSV | 33,21±0,01* | 36,1±0,01 | 29,46±0,04* | 30,5±0,04 |
| EDV | 15,72±0,09* | 19,7±0,03 | 12,68±0,09* | 14,4±0,08 |
| MnV, м/с | 15,86±0,06* | 16,4±0,08 | 14,84±0,07* | 15,9±0,01 |

Примітка: * - основна група/ контрольна група (p<0,05).

Таблиця 2. Допплерометричні показники кровотоку в правих гілках маткових артерій у жінок досліджуваних груп.

| Показник | Судини, шр досліджувалися | | | |
|----------|--------------------------------|-------------------------|--------------------------------|-------------------------|
| | Ramus ovarica arteria uterinae | | Ramus tubaria arteria uterinae | |
| | Основна група (n=53) | Контрольна група (n=25) | Основна група (n=53) | Контрольна група (n=25) |
| PI | 2,57±0,01* | 2,14±0,02 | 2,38±0,09* | 2,16±0,02 |
| RI | 0,67±0,06* | 0,61±0,05 | 0,68±0,07* | 0,65±0,06 |
| S/D | 2,4±0,01* | 2,17±0,09 | 2,51±0,09* | 2,39±0,02 |
| PSV | 32,31±0,09* | 35,2±0,03 | 34,21±0,01* | 36,1±0,07 |
| EDV | 13,45±0,04* | 14,3±0,02 | 13,59±0,04* | 15,1±0,04 |
| MnV, м/с | 13,67±0,08* | 14,8±0,07 | 12,76±0,06* | 13,4±0,06 |

Примітка: * - основна група/ контрольна група (p<0,05).

во-кишкового тракту мали місце в 7 (13,2%) випадках тоді як у жінок контрольної групи - в 1 (4%). Обмінно-ендокринні порушення спостерігалися в 10 (18,8%) пацієнток основної групи. У жінок з хронічним сальпінгофоритом в стадії загострення в 18 (33,9%) випадках мали місце хвороби сечовивідної системи, в 4 (7,5%) - захворювання дихальних шляхів, в 23 (43,3%) - захворювання ЛОР-органів. В контрольній групі в 1 (4%) жінки спостерігалися хвороби нирок, у 2 (8%) - хвороби органів дихання. На різноманітні алергічні реакції вказували 5 (9,4%) пацієнток з хронічним сальпінгофоритом в стадії загострення та 1 (4%) жінка контрольної групи. Таким чином, соматичний анамнез найбільш численної кількості жінок з хронічним сальпінгофоритом в стадії загострення представлені хворобами ЛОР-органів, захворюваннями сечовивідної системи, що викликані інфекційним агентом.

Середній вік настання менархе у пацієнток з хронічним сальпінгофоритом в стадії загострення склав 12,3±0,61 років, в контрольній групі - 12,1±0,96 жінок. Раннє менархе (11-12 років) у жінок основної групи мало місце в 11 (20,8%) випадках, в віці 13-14 років - 38 (71,6%) жінок та в 15-16 років - 4 (7,6%) випадок.

Жінки контрольної групи переважно відмічали появу менархе в віці 13-14 років, а саме 19 (76,2%) жінка, в віці 11-12 років - 3 (11,9%) та в віці 15-16 років - 3 (11,9%).

На наявність симптомів дисменореї скаржилися 10 (18,8%) пацієнток із хронічним сальпінгофоритом в стадії загострення, та 3 (12%) жінки групи контролю. Дисменорею середнього ступеню важкості діагностовано в 8 (15,1%) пацієнток основної групи, тоді як легку - в 2 (3,7%) випадках. При цьому, в контрольній групі спостерігалася легка ступінь дисменореї у всіх випадках. Пацієнтки з хронічним сальпінгофоритом в стадії загострення відмічали виникнення дисменореї через 7,3±0,2 роки після перенесеного гострого аднекситу. Крім цього, інтенсивність болю під час менструації з роками у жінок основної групи не збільшувалась. Передменструальні розлади мали місце у 12 (22,6%) пацієнток із хронічним сальпінгофоритом в стадії загострення, диспареунію виявлено у 27 (50,9%) пацієнток основної групи.

В структурі гінекологічних захворювань у жінок із хронічним сальпінгофоритом в стадії загострення спостерігався значний відсоток позаматкових вагітностей 9 (16,9%), тоді як у жінок контрольної групи в 1(4%) випадку. При цьому, в жінок основної групи переважала правобічна локалізація позаматкової вагітності а саме 7 (13,2%) випадків. Відсоток первинного непліддя у жінок з хронічним сальпінгофоритом в стадії загострення становив 4 (7,5%), тоді як показник вторинного безпліддя в даній групі становив 12 (22,6%). У 14 (26,4%) пацієнток основної групи діагностовано гідросальпінкс, кольпіт та цервіцит спостерігався в 39 (73,5%) жінок.

Больовий синдром мав місце та був провідною скаргою у жінок із хронічним сальпінгофоритом в стадії загострення. Біль переважно виникав в репродуктивному віці, в 42 (79,2%) випадках, та значно рідше в пубертатному, а саме в 11 (20,8%) пацієнток. У більшості пацієнток мав двобічний характер, віддавав в поперекову, крижову ділянку і/або нижні кінцівки, був періодичний, тупий, ниючий, локалізований в гіпогастральній ділянці. Рецидив захворювання у пацієнток із хронічним сальпінгофоритом в стадії загострення спостерігався у 47 (88,6%) випадках. Пацієнтки основної групи вказували на перенесений в анамнезі епізод гострого або підгострого запалення придатків матки, а загострення захворювання пов'язували провокуючими факторами (менструація, переохолодження, фізичне навантаження, статевий акт). В загальному аналізі крові у всіх обстежених пацієнток із хронічним сальпінгофоритом в стадії загострення мав місце лейкоцитоз із зсувом лейкоцитарної формули вліво, підвищення швидкості осідання еритроцитів, позитивний аналіз С-реактивного білка. При дослідженні загального аналізу сечі у 8 (15,1%) обстежених жінок виявлено лейкоцити та бактерії.

При аналізі доплерометричних показників у жінок із хронічним сальпінгофоритом в стадії загострення

Таблиця 3. Допплерометричні показники кровотоку в лівих маткових, яєчникових артеріях у жінок досліджуваних груп.

| Показник | Судини, шр досліджувалися | | | |
|----------|---------------------------|-------------------------|----------------------|-------------------------|
| | Arteria uterina | | Arteria ovarica | |
| | Основна група (n=53) | Контрольна група (n=25) | Основна група (n=53) | Контрольна група (n=25) |
| PI | 2,48±0,09* | 2,15±0,01 | 2,83±0,09* | 2,34±0,03 |
| RI | 0,69±0,05* | 0,61±0,03 | 0,67±0,06* | 0,64±0,04 |
| S/D | 2,17±0,08* | 2,03±0,04 | 2,42±0,06* | 2,27±0,04 |
| PSV | 33,07±0,03* | 35,4±0,09 | 28,37±0,01* | 29,67±0,06 |
| EDV | 15,21±0,07* | 17,3±0,09 | 11,71±0,03* | 13,8±0,08 |
| MnV, м/с | 15,04±0,07* | 17,21±0,09 | 13,36±0,02* | 14,89±0,09 |

Примітка: * - основна група/ контрольна група (p<0,05).

Таблиця 4. Допплерометричні показники кровотоку в лівих гілках маткових артерій у жінок досліджуваних груп.

| Показник | Судини, шр досліджувалися | | | |
|----------|--------------------------------|-------------------------|--------------------------------|-------------------------|
| | Ramus ovarica arteria uterinae | | Ramus tubaria arteria uterinae | |
| | Основна група (n=53) | Контрольна група (n=25) | Основна група (n=53) | Контрольна група (n=25) |
| PI | 2,73±0,04* | 2,52±0,06 | 2,96±0,09* | 2,32±0,01 |
| RI | 0,68±0,06* | 0,65±0,05 | 0,69±0,05* | 0,69±0,06 |
| S/D | 2,42±0,03* | 2,78±0,01 | 2,74±0,09* | 2,51±0,04 |
| PSV | 30,87±0,04* | 33,04±0,08 | 32,79±0,04* | 34,11±0,03 |
| EDV | 12,74±0,03* | 13,9±0,06 | 11,95±0,03* | 13,01±0,08 |
| MnV, м/с | 12,16±0,05* | 13,96±0,04 | 12,07±0,01* | 12,34±0,07 |

Примітка: * - основна група/ контрольна група (p<0,05).

мало місце значне зниження діастолічної швидкості кровотоку, з одночасним підвищенням індексів опору досліджуваних судин з правого та лівого боку в маткових, яєчникових артеріях та в гілках маткової артерії порівняно із здоровими жінками (табл. 1; 2).

У пацієток основної групи виявлено достовірне підвищення індексів опору судинного русла в правій матковій PI - 2,59±0,01; RI - 0,67±0,06; S/D - 2,11±0,01 та яєчниковій артеріях: PI - 2,96±0,03; RI - 0,66±0,05; S/D - 2,32±0,08 проти жінок контрольної групи (матковій PI - 2,08±0,09; RI - 0,59±0,04; S/D - 2,11±0,01, яєчниковій артеріях: PI - 2,71±0,02; RI - 0,61±0,03; S/D - 1,93±0,02), а також в гілках маткової артерії в жінок із хронічним сальпінгофоритом в стадії загострення: яєчниковій - PI - 2,57±0,01; RI - 0,67±0,06; S/D - 2,4±0,01 та трубній - PI - 2,38±0,09; RI - 0,68±0,07; S/D - 2,51±0,09, що опосередковано може вказувати на неадекватне кровопостачання органів малого тазу у пацієток із запальним процесом придатків матки.

Середня швидкість кровотоку в пацієток із хронічним сальпінгофоритом в стадії загострення була достовірно меншою в матковій 15,86±0,06 м/с, яєчниковій 12,13±0,02 м/с артеріях та гілках маткової артерії: яєчниковій - 9,67±0,08 м/с і трубній - 12,76±0,06 м/с на

відміну від жінок контрольної групи, де показники середньої швидкості кровотоку були вищими, а саме: в матковій - 16,4±0,08 м/с, яєчниковій артеріях - 15,9±0,01 м/с та гілках маткової артерії: яєчниковій - 14,8±0,07 м/с і трубній - 13,4±0,06 м/с, що вказує на підвищення судинного опору в артеріях малого тазу у жінок основної групи.

Необхідно відмітити, що у пацієток із хронічним сальпінгофоритом в стадії загострення в лівій половині малого тазу також спостерігалось підвищення індексів опору досліджуваних судин: в матковій артерії - PI - 2,48±0,09; RI - 0,69±0,05; S/D - 2,17±0,08; яєчниковій артерії - PI - 2,83±0,09; RI - 0,78±0,08; S/D - 2,42±0,06; гілках маткової артерії: яєчниковій - PI - 2,73±0,04; RI - 0,68±0,06; S/D - 2,42±0,03; трубній - PI - 2,96±0,09; RI - 0,69±0,05; S/D - 2,74±0,09 та мало місце достовірне зниження середньої швидкості кровотоку в лівій матковій - 15,04±0,07 м/с, яєчниковій артерії - 13,36±0,02 м/с та гілках маткової артерії: яєчниковій - 12,16±0,05; трубній - 12,07±0,01 (табл. 3; 4).

При вивченні доплерометричних показників правої та лівої половини малого тазу в пацієток із хронічним сальпінгофоритом в стадії загострення звертає на себе увагу достовірне підвищення індексів опору досліджуваних судин та зниження середньої швидкості кровотоку на відміну від жінок контрольної групи.

Аналізуючи показники кровозабезпечення органів малого тазу в жінок із хронічним сальпінгофоритом в стадії загострення встановлено підвищення індексів опору та зменшення середньої швидкості кровотоку в досліджуваних судинах. Крім цього, при порівнянні доплерометричних показників кровотоку в судинах правої та лівої половини малого тазу в жінок основної групи достовірних відмінностей виявлено не було.

За даними літератури [Гус і др., 2007] зниження швидкості кровотоку в яєчникових артеріях може слугувати маркером загальної гіпоестрогенії та зниження оваріального резерву яєчника, бути причиною безпліддя і зменшення частоти настання вагітності в програмах екстракорпорального запліднення.

Таким чином, доплерометричне дослідження кровотоку в артеріях малого тазу в жінок із хронічним сальпінгофоритом в стадії загострення є якісно новим методом діагностики, що дає можливість об'єктивно оцінювати вираженість гемодинамічних порушень в артеріях малого тазу та в значній мірі сприяє вибору оптимальної індивідуальної тактики лікування таких пацієток із послідуємим відновленням репродуктивної функції жінки.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Встановлено достовірне підвищення числових значень індексів опору судин в маткових, яєчникових артеріях і гілках маткової артерії, що вказує на порушення кровозабезпечення органів малого тазу у жінок

із хронічним сальпінгофоритом в стадії загострення.

2. При порівнянні доплерометричних показників кровотоку в судинах правої та лівої половини малого тазу, в жінок основної групи, достовірних відмінностей виявлено не було.

3. Допплерометричне дослідження органів малого тазу у жінок репродуктивного віку з вираженим больовим синдромом є достатньо інформативним методом діагностики, який дозволяє проводити диференційну діагностику різних патологічних станів та виходячи з цього індивідуалізувати лікувальну тактику.

4. Клінічними особливостями хронічного сальпінгофориту в стадії загострення є порушення менструальної (дисменорея, передменструальний синдром, диспареунія) і репродуктивної (первинне та вторинне непліддя, позаматкова вагітність) функцій, що може бути обумовлено дисбалансом центральних механізмів регуляції.

В програму скрінингового обстеження жінок із хронічним сальпінгофоритом в стадії загострення необхідно включити гормональне обстеження по фазам менструального циклу, для оптимізації тактики лікувальних заходів, що і є перспективою наших подальших досліджень.

Список літератури

Агеева М. И. Допплерометрические исследования в акушерской практике / М. И. Агеева. - М., 2000. - 249 с.

Значение инструментальных методов оценки овариального резерва фолликулов у женщин с преждевременной недостаточностью яичников / [Гус А.И., Александрова Н.В., Марченко Л.А., Бутарева Л.Б.] // Акушерство и гинекология. - № 2. - 2007. - С. 45-51.

Зятіна О. М. Методи корекції порушень кровообігу органів малого тазу у жінок з хронічним больовим синдромом / О. М. Зятіна, О. О. Гудима // Вісник Української медичної стоматологічної академії. - 2007. - Т. 7, № 3. - С. 99-101.

Курьяк А. Трансвагинальный цветовой доплер: бесплодие, вспомогательная репродукция, акушерство / А. Курьяк, А. Михайлова, С. Купешич. - Петрополис, 2001. - 294 с.

Подзолкова Н.М. Симптом, синдром, диагноз. Дифференциальная диагностика в гинекологии / Н.М. Подзолкова, О.Л. Глазкова. - М., 2005. - 519 с.

Смольнова Т.Ю. Особенности микроциркуляции при опущении и выпадении внутренних половых органов у женщин репродуктивного возраста / Т.Ю. Смольнова, Л.В. Адамьян, В.В. Сидоров // Акушерство и гинекология. - № 1. - 2007. - С. 39-44.

Стрижаков А.Н. Клиническая трансвагинальная эхография / А.Н. Стрижаков, А.И. Давыдов. - Медицина. - 1999. - 278 с.

Fetal blood flow velocity waveforms in normal pregnancy / [Stuart B., Drumm J., FitzGerald D.E., Duingan N.M.] // Brit. J. Obstetr. Gynec. - 1980. - P. 780-785.

Ultrasound angiology (Arteries and Veins) / [Gosling R.G., King D.H., Marcus Eds, Adamson L.] Edinburgh, 1975. - P. 61-98.

Дзись Н.П.

СОСТОЯНИЕ КРОВООБРАЩЕНИЯ В ПРИДАТКАХ МАТКИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ САЛЬПИНГОФОРИТЕ В СТАДИИ ОБОСТРЕНИЯ

Резюме. В статье представлены результаты обследования 53 пациенток репродуктивного возраста с хроническим сальпингофоритом в стадии обострения и 25 здоровых женщин. Установлены различия показателей кровотока в маточных, яичниковых артериях и ветвях маточной артерии - яичниковой и трубной у женщин исследуемых групп. Проведенный анализ показал, что у больных с хроническим сальпингофоритом в стадии обострения индексы сопротивления сосудов (PI, RI, S / D) достоверно выше в маточных, яичниковых артериях и ветвях маточной артерии по сравнению с контрольной группой. Полученные результаты исследования целесообразно использовать в клинической практике для оценки диагностических критериев хронического сальпингофорита в стадии обострения и назначения патогенетической терапии.

Ключевые слова: хронический сальпингофорит в стадии обострения, индексы сопротивления сосудов, диагностика, ультразвуковая доплерометрия.

Dzys N.P.

STATE OF BLOODSTREAM IN UTERINE ADNEXA OF THE WOMEN AT THE REPRODUCTIVE AGE AT THE CHRONIC SALPINGO-OOPHORITIS IN THE STAGE OF EXACERBATION

Summary. In the article there are the results of the examinations of 53 patients of the reproductive age with chronic salpingo-oophoritis in the stage of exacerbation and 25 healthy women. The difference of the indices of the bloodstream in the uterine and ovarian arteries and the branches of uterine artery - ovarian and tube of the studied women are established. The conducted analysis shows that the indices of vascular resistance (PI, RI, S / D) of the patients with chronic salpingo-oophoritis in the stage of exacerbation are higher in the uterine, ovarian arteries and the branches of the uterine artery than in the control group. The received results of the research can be used reasonable in the clinical practice to estimate the diagnostic criterions of the chronic salpingo-oophoritis in the stage of exacerbation and to prescribe pathogenetic therapy.

Key words: chronic salpingo-oophoritis in the stage of exacerbation, indices of vascular resistance, diagnostics, ultrasonic Doppler velocimetry.

Стаття надійшла до редакції 22.04.2013р.

Дзись Наталія Петрівна - д.мед.н, доцент кафедри акушерства гінекології № 2 Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова; (067) 9861882.