**Василинчук Людмила Іванівна. Прогнозування, профілактика та лікування синдрому хронічного тазового болю у жінок після запальних захворювань геніталій : дис... канд. мед. наук: 14.01.01 / Інститут педіатрії, акушерства та гінекології АМН України. - К., 2005**

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | Василинчук Л.І. П**рогнозування, профілактика та лікування синдрому хронічного тазового болю у жінок після запальних захворювань геніталій**. – Рукопис.  Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю14.01.01. - акушерство і гінекологія. – Інститут педіатрії, акушерства та гінекології АМН України, Київ, 2005.  Дисертація присвячена питанням діагностики, профілактики та лікування синдрому хронічного тазового болю у жінок після гострих запальних захворювань геніталів на основі встановлення взаємозв”язків характеру больових проявів, стану центральної та вегетативної нервової системи, регіонарної гемодинаміки та гормонального гомеостазу.  Досліджено особливості больового сприйняття, психологічний профіль, стан вегетативної регуляції, морфо-функціональний стан системи- гіпофіз-яєчники та реґіонарну гемодинаміку у жінок з хронічним тазовим болем.  Розроблені критерії діагностики постзапального синдрому хронічноо тазового болю. Створено алгоритм та математичну модель прогнозування розвитку захворювання та розроблені і апробовані індивідуалізовані методи його профілактики після гострих запальних захворювань геніталів з використанням комбінованого орального контрацептиву „Ярина”, препаратів ноотропної (Ноофен) та антистресорної дії а також електроімпульсної (електросон, електроанальгезія) та баротерапії (абдомінальної зональної декомпресії) .  Впровадження запропонованого патогенетично обґрунтованого комплексу лікування ПЗ СХТБ з використанням засобів корекції гормонального гомеостазу, препаратів ноотропної, м’якої седативної дії, наряду з застосуванням лікувальних фізичних преформованих факторів, ефективно забезпечує зворотній розвиток клінічних проявів захворювань і відповідно покращує самопочуття та якість життя пацієнток. | |
| |  | | --- | | У дисертації наведено теоретичне обгрунтування та нове вирішення актуальної наукової задачі – зменшення вираженості хронічного тазового болю шляхом розробки та впровадження диференційованих комплексів його профілактики та лікування на основі встановлення взаємозв”язків характеру больових проявів, стану центральної та вегетативної нервової системи, регіональної гемодинаміки та гормонального гомеостазу.   1. В структурі пацієнток з синдромом хронічного тазового болю 27,5% складають жінки, у яких захворювання розвинулось після перенесених гострих запальних захворювань геніталів. Постзапальний синдром хронічного тазового болю розвивається переважно у осіб з акцентуацією за сенситивним типом, для яких характерний підвищений рівень іпохондричності та реактивної тривожності в той час як власне ідеопатичний синдром хронічного тазового болю притаманний здебільшого пацієнткам з істеричним типом акцентуації. 2. Синдром хронічного тазового болю після запальних захворювань геніталів характеризується розмитою локалізацією у ділянці малого тазу, вираженою інтенсивністю (5,32±1,24 бали за візуально-аналоговою шкалою) та представлений в більшій мірі сенситивною (19,5±1,21 бали) ніж афективною (16,21±2,35 бали) складовою. В той же час, для ідеопатичного синдрому хронічного тазового болю властиві поширені больові відчуття без чіткої локалізації з фіброміалгічними проявами вираженої інтенсивності (6,22±2,21 бали) та переважанням афективної (23,54±2,12 бали) над сенситивною (14,25±3,12бали) складовою. 3. Дослідження гормонального гомеостазу у жінок з постзапальним синдромом хронічного тазового болю виявило ознаки гіпофункції яєчників (зниження вмісту естрадіолу 380,35±36,23 пг/мл при 642,1±48,21 пг/мл у здорових жінок) та прогестерону (3,56±0,36 нн/мл при 8,34±2,21 у здорових жінок), а також підвищення вмісту пролактину (346,45±29,1 нг/мл при 268,18±13,21 нг/мл у здорових) та кортизолу (16,37±4,21 нг/мл при 8,37±0,22нг/мл у здорових). При цьому пацієнтками з ідеопатичним синдромом хронічного тазового болю притаманні гормональні ознаки дистресу (зниження рівня кортизолу (6,21±0,11 нг/мл) та ДГЕА-с (946,34±27,34 нг/мл) на тлі помірної гіперпролактинемії (478,32±43,22 нг/мл), відповідно, стресіндукованої ановуляції (зменшення вмісту прогестерону до 2,49±0,04 нг/мл при нормальних показниках естрадіолу - 596,32±32,32 пг/мл. 4. Виявлена у жінок з хронічними тазовими болями (1 та 2 групи) десинхронізація регуляції ВНС, підтверджує наявність у них хронічного стресу. При цьому переважання симпатикотонії при постзапальному синдромі хронічного тазового болю вказує на напруження стреслімітуючих систем та активацію адаптаційних механізмів. Зниження загального спектру потужності, надмірна активація симпатоадреналової системи при недостатній гальмівній функції парасимпатичної ланки і інвертованій барорефлекторній реакції при ідеопатичному синдромі хронічного тазового болю свідчить про виснаження адаптаційного потенціалу, що притаманне фазі дистресу. 5. Структурно-функціональні особливості яєчників у жінок з постзапальним синдромом хронічного тазового болю полягають у зменшенні їх розмірів (ІПЯ 322,45±28,23 при 473,1±17,4 у здорових жінок) та виснаженні фолікулярного апарату (ФСК - відповідно 0,11±0,03 та 0,19±0,03). При цьому у пацієнток з ідеопатичничним синдромом хронічного тазового болю теж відмічено зниження ФСК (0,12+0,07), однак за рахунок збільшення строми яєчників при тенденції, навпаки, до збільшення їх розмірів (ІПЯ - 568,22±32,21). 6. У жінок з постзапальним синдромом хронічного тазового болю виявлено порушення регіонарної гемодинаміки, що проявляється ангіоспазмом (індекс резистентності 0,89±0,01 при 0,72±0,05 у здорових жінок) та зниженням еластичності оваріальних артерій (індекс пульсації відповідно 2,53±0,11 та 1,53±0,21). При цьому в групі з ідеопатичним синдромом хронічного тазового болю доплерографічні показники яєчникових артерій не відрізняються від показників у здорових жінок. 7. Проведення з метою профілактики синдрому хронічного тазового болю після гострих запальних захворювань геніталів абдомінальної зональної декомпресії та електросну на тлі застосування комбінованих оральних контрацептивів та препаратів антистресорної та ноотропної дії знижує на 73,56% частоту розвитку синдрому у пацієнток групи високого ризику. 8. Використання КОК (Ярина), препаратів ноотропної та антистресорної дії (Магне-В6, Ноофен) та фізіотерапевтичних процедур (абдомінальна зональна декомпресія та електроанальгезія) значно підвищує ефективність лікування постзапального синдрому хронічного тазового болю, сприяє не лише зменшенню інтенсивності больових проявів, а і покращенню психоемоційного стану пацієнток, зростанню їх соціальної активності. | |