

- analysis of the anal sphincter after radiotherapy // *Colorectal. Dis.* — 2001. — Vol. 3. — P. 56–57.
4. *Gervaz P., Rotholtz N., Pisano M. et al.* Quantitative short-term study of anal sphincter function after chemoradiation for rectal cancer // *Arch. Surg.* — 2001. — Vol. 136. — P. 192–196.
5. *Jang N.Y., Han T.J., Kang S.B. et al.* The short-term effect of neoadjuvant chemoradiation on anorectal function in low and midrectal cancer: analysis using preoperative manometric data // *Dis. Colon Rectum.* — 2010. — Vol. 53. — P. 445–449.
6. *Lim J.F., Tjandra J.J., Hiscock R. et al.* Preoperative chemoradiation for rectal cancer causes prolonged pudendal nerve terminal motor latency // *Dis. Colon Rectum.* — 2006. — Vol. 49. — P. 12–19.
7. *Matsuoka H., Masaki T., Sugiyama M., Atomi Y.* Pudendal nerve terminal motor latency in evaluation of evacuatory disorder following low anterior resection for rectal carcinoma // *Hepatogastroenterology.* — 2007. — Vol. 54. — P. 1426–1429.
8. *Morley R., Cumming J., Weller R.* Morphology and neuropathology of the pelvic floor in patients with stress incontinence // *Int. Urogynecol. J. Pelvic Floor Dysfunct.* — 1996. — Vol. 7. — P. 3–12.
9. *Peeters K.C., van de Velde C.J., Leer J.W. et al.* Late side effects of short-course preoperative radiotherapy combined with total mesorectal excision for rectal cancer: increased bowel dysfunction in irradiated patients — a Dutch colorectal cancer group study // *J. Clin. Oncol.* — 2005. — Vol. 23. — P. 6199–6206.
10. *Ricciardi R., Mellgren A.F., Madoff R.D. et al.* The utility of pudendal nerve terminal motor latencies in idiopathic incontinence // *Dis. Colon Rectum.* — 2006. — Vol. 49. — P. 852–857.
11. *Rieger N.A., Sarre R.G., Saccone G.T. et al.* Correlation of pudendal nerve terminal motor latency with the results of anal manometry // *Int. J. Colorectal. Dis.* — 1997. — Vol. 12. — P. 303–307.
12. *Stephens R.J., Thompson L.C., Quirke P. et al.* Impact of short-course preoperative radiotherapy for rectal cancer on patients' quality of life: data from the Medical Research Council CR07 / National Cancer Institute of Canada Clinical Trials Group C016 randomized clinical trial // *J. Clin. Oncol.* — 2010. — Vol. 20. — P. 4233–4239.
13. *Thomas C., Lefaucheur J.P., Galula G. et al.* Respective value of pudendal nerve terminal motor latency and anal sphincter electromyography in neurogenic fecal incontinence // *Neurophysiol. Clin.* — 2002. — Vol. 32. — P. 85–90.
14. *Tomita R., Igarashi S., Ikeda T. et al.* Pudendal nerve terminal motor latency in patients with or without soiling 5 years or more after low anterior resection for lower rectal cancer // *World J. Surg.* — 2007. — Vol. 31. — P. 403–408.

УДК 616.65-002-006-089.87-089.168.1-06-005.1-08

Т13

## ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ ЧРЕСПУЗЫРНОЙ АДЕНОМЭКТОМИИ С ГЛУХИМ ШВОМ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

*Эдуард Алексеевич Зубков, Марина Эдуардовна Ситдыкова*

*Казанский государственный медицинский университет*

### Реферат

**Цель.** Определение частоты и разработка методов профилактики возможных осложнений чреспузырной аденомэктомии.

**Методы.** Проведён анализ результатов хирургического лечения 492 больных с аденомой предстательной железы. Одномоментная надлобковая чреспузырная аденомэктомия с первичным глухим швом мочевого пузыря и гемостазом ложа аденомы выполнена 347 больным.

**Результаты.** Воспалительные осложнения в послеоперационном периоде со стороны мочеполювых органов отмечены у 5 (1,4%) из 347 прооперированных пациентов. Установлено, что частота и характер как ранних, так и поздних гнойно-воспалительных и обструктивных послеоперационных осложнений при надлобковой аденомэктомии зависят от метода гемостаза ложа аденомы и сроков восстановления мочеиспускания.

**Вывод.** Основными мерами профилактики осложнений при надлобковой аденомэктомии служат гемостаз ложа аденомы путём временной ретригонизации съёмными гемостатическими лигатурами, раннее восстановление уретрального мочеиспускания (2–4е сутки) и подведение антибиотиков в ложе аденомы через дренажи семявыносящих протоков.

**Ключевые слова:** чреспузырная аденомэктомия, гемостаз, осложнения чреспузырной аденомэктомии, профилактика чреспузырной аденомэктомии.

**PREVENTION OF COMPLICATIONS OF TRANSVESICAL ADENOMECTOMY WITH A BLIND SUTURE OF THE URINARY BLADDER** *E.A. Zubkov, M.E. Sitykova. Kazan State Medical University.* **Aim.** To determine the frequency and develop methods for prevention of possible complications of transvesical adenomectomy. **Methods.** Conducted was an analysis of results of surgical treatment of 492 patients with prostate adenoma. One-stage suprapubic transvesical adenomectomy with a primary blind suture of the urinary bladder and hemostasis of the adenoma bed was performed in 347 patients. **Results.** In the postoperative period inflammatory complications of the urinary tract were observed in 5 (1.4%) out of 347 operated patients. It was established that the frequency and nature of both early and late pyo-inflammatory and obstructive postoperative complications of the suprapubic adenomectomy depend on the method of hemostasis of the bed of the adenoma and on the time of urination recovery. **Conclusion.** The main measures of prevention of complications during suprapubic adenomectomy are hemostasis of the bed of the adenoma by temporary retriganization with removable hemostatic ligatures, early recovery of urethral voiding (2–4 days) and application of antibiotics to the bed of the adenoma via the drainages of the deference ducts. **Keywords:** transvesical adenomectomy, hemostasis, complications of transvesical adenomectomy, prophylaxis of transvesical adenomectomy.

После открытых оперативных вмешательств в послеоперационном периоде и в более отдалённые сроки могут возникать обструктивные и воспалительные осложнения со стороны мочеполовой системы, требующие в последующем проведения соответствующей терапии. Важные факторы риска инфекционно-воспалительных осложнений – длительное уретральное и надлобковое дренирование мочевого пузыря, травматичность и продолжительность хирургического вмешательства, а также методы гемостаза ложа аденомы предстательной железы. Осложнения аденомэктомии подразделяют на интраоперационные, послеоперационные и осложнения позднего периода. В наших клинических исследованиях интраоперационные осложнения не отмечены. Частота послеоперационных воспалительных осложнений со стороны мочеполовой системы чаще зависит от методов гемостаза ложа аденомы (табл. 1).

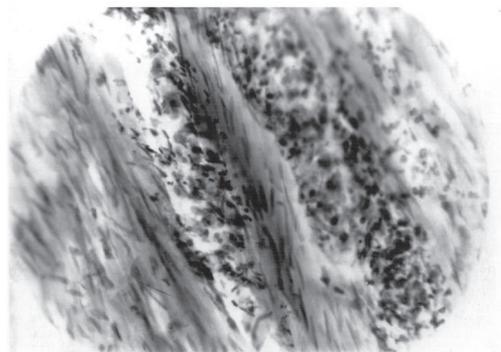


Рис. 1. Микрофотография препарата слизистой оболочки мочевого пузыря до аденомэктомии. Клеточная инфильтрация в подслизистом и мышечном слоях. Склероз. Увеличение в 400 раз.

ря и при длительном уретральном отведении мочи в послеоперационном периоде. Присоединение инфекции к заживлению раневой поверхности замедляет формирование грануляционной ткани, а порой ведёт к её гнойно-

Таблица 1

Послеоперационные осложнения аденомэктомии в зависимости от метода гемостаза ложа аденомы предстательной железы

| Аденомэктомия и методы гемостаза                       | Кол-во больных | Послеоперационные осложнения |           |             |           |
|--|----------------|------------------------------|-----------|-------------|-----------|
|  |                | Эпидидимит                   | Простатит | Пиелонефрит | Цистит    |
| <b>Одномоментная</b>                                   |                |                              |           |             |           |
| Съёмные гемостатические лигатуры шейки мочевого пузыря | 347            | 2 (0,57%)                    | 3 (0,86%) | – (0%)      | – (0%)    |
| Поперечные швы шейки мочевого пузыря                   | 12             | 2 (16,6%)                    | 3 (25%)   | 1 (8,3%)    | 2 (16,6%) |
| <b>Двухэтапная</b>                                     |                |                              |           |             |           |
| Съёмные лигатуры                                       | 110            | 3 (2,7%)                     | 2 (1,8%)  | 1 (0,9%)    | – (0%)    |
| Тампонада  | 23             | 2 (8,9%)                     | 4 (1,7%)  | 1 (4,3%)    | 5 (21,7%) |

Одномоментная надлобковая чреспузырная аденомэктомия с первичным глухим швом мочевого пузыря и гемостазом ложа аденомы съёмными кетгутowymi лигатурами произведена 347 больным. Как видно из данных, приведённых в табл. 1, воспалительные осложнения в послеоперационном периоде со стороны мочеполовых органов отмечены в этой группе больных у 5 (1,4%) из 347 прооперированных пациентов. Такое незначительное количество послеоперационных воспалительных осложнений обусловлено ранним восстановлением самостоятельного уретрального мочеиспускания. При замедлении очищения раневой поверхности ложа аденомы от детрита, слизи и микрофлоры создаются условия для воспалительных проявлений, которые развиваются преимущественно после аденомэктомии с надлобковым дренированием мочевого пузы-

му расплавлению [2]. Авторы отмечают, что это нарушает процесс эпителизации раневой поверхности и тем самым обуславливает развитие грубой рубцовой ткани. Хромостоскопические исследования, проведённые на 9–11-й день после одномоментной аденомэктомии с гемостазом ложа аденомы съёмными лигатурами, подтверждают, что первичный шов мочевого пузыря, обеспечивая раннее уретральное мочеиспускание на 2–4е сутки после операции, способствует ликвидации воспаления ложа аденомы, а также воспалительного процесса в мочевом пузыре, диагностированного ещё в предоперационном периоде (рис. 1).

Для наглядности приводим краткую выписку из истории болезни (№833) больного И. 78 лет, поступившего в клинику с диагнозом «Аденома предстательной железы, эпицистостома, хронический цистит». В

отделении неотложной хирургии 11.08.05 по поводу острой задержки мочи проведена операция эпицистостомии. Послеоперационный период протекал без осложнений. В урологическую клинику КГМУ больной госпитализирован 22 сентября 2005 г. на оперативное лечение по поводу аденомы предстательной железы и эпицистостомии, осложнённой хроническим циститом. На фоне вторичного хронического цистита 04.10.05 г. выполнена чреспузырная аденомэктомия с глухим швом мочевого пузыря и гемостазом ложа аденомы съёмными гемостатическими лигатурами, то есть гемостаз осуществляли за счёт временной послеоперационной ретригонизации. Мочевой пузырь ушит двухрядным швом. В послеоперационном периоде гемостатические лигатуры удалены на 2-е сутки, постоянный уретральный катетер извлечён на 3-й день, после чего восстановилось уретральное мочеиспускание. Операционная рана зажила первичным натяжением. При хромоцистоскопии, выполненной в послеоперационном периоде, слизистая оболочка мочевого пузыря розовой окраски, незначительная гиперемия в зоне пузырно-уретрального сегмента и ложа аденомы предстательной железы. Мочеиспускание осуществляется безболезненно, широкой струёй. Количество мочеиспусканий в сутки составляет 8-10 раз. Урофлоуметрический индекс равен 18,0 мл/с. Остаточной мочи в мочевом пузыре нет. Больной выписан из клиники с выздоровлением 13 октября 2005 г. Обследован амбулаторно в январе 2007 г. Дизурических жалоб нет. Моча кислая, прозрачная, относительная плотность составляла 1019, лейкоциты до 15 в поле зрения, эритроциты единичные. По данным ультразвукового исследования патологии со стороны почек и мочевых путей не выявлено.

Это наблюдение свидетельствует о том, что хронический цистит (см. рис. 1) не является противопоказанием к чреспузырной аденомэктомии с глухим швом мочевого пузыря, более того, сама операция способствует ликвидации цистита и обеспечивает профилактику его возникновения в отдалённые сроки.

Нами установлено, что воспалительные осложнения чаще развиваются после аденомэктомии с гемостазом ложа аденомы поперечными или продольными швами, наложенными на шейку мочевого пузыря. Так, из 12 оперированных у 8 (66,6%) пациентов в послеоперационном периоде



Рис. 2. Уретрограмма. Облитерация шейки мочевого пузыря. Рефлюксы в семявыбрасывающие протоки и семенные пузырьки. Гемостаз по Харрису-Гринчаку.

возникли воспалительные осложнения. Высокий процент эпидидимита (16,6%) и обострения хронического простатита (25%) связан с длительным трансуретральным дренированием и неполным опорожнением ложа аденомы (так называемого предпузыря) от раневого отделяемого. Это в свою очередь ведёт к воспалению и формированию грубой рубцовой ткани в ложе аденомы, то есть создаются условия для возникновения в последующем инфравезикальной обструкции (рис. 2) с выраженной клинической симптоматикой.

В зависимости от метода гемостаза ложа аденомы возникают осложнения и на поздних сроках после аденомэктомии (табл. 2).

Частота и характер поздних осложнений, как показывают данные табл. 2, находятся также в зависимости от методов гемостаза ложа аденомы предстательной железы. У одномоментно оперированных больных при гемостазе ложа аденомы предстательной железы съёмными кетгутовыми лигатурами среди поздних осложнений отмечены в 2 случаях обострение хронического простатита и у 1 пациента диагностирован вторичный цистит на фоне камня мочевого пузыря. У пациентов, которым гемостаз ложа аденомы был выполнен поперечными несъёмными швами, наложенными на шейку мочевого пузыря, доля воспалительных осложнений колебалась в пределах от 16 до 33%. Клинические исследования свидетельствуют о том, что гемостаз ложа аденомы марлевыми тампонами чаще способствует возникновению воспалительных осложнений, хотя при этом методе гемостаза ложа аденомы предстательной железы не создаются условия для развития послеоперационной инфравезикальной обструкции.

Стеноз шейки мочевого пузыря и стрик-

Поздние осложнения аденомэктомии в зависимости от метода гемостаза ложа аденомы

| Аденомэктомия и методы гемостаза | Кол-во больных | Осложнения поздние |           |             |          |              |           |
|----------------------------------|----------------|--------------------|-----------|-------------|----------|--------------|-----------|
|                                  |                | Эпидидимит         | Простатит | Пиелонефрит | Цистит   | Стеноз шейки | Стриктура |
| Одномоментная                    |                |                    |           |             |          |              |           |
| Съёмные лигатуры шейки пузыря    | 51             | – (0%)             | 2 (16%)   | – (0%)      | 1 (1,9%) | – (0%)       | – (0%)    |
| Ушивание шейки мочевого пузыря   | 12             | – (0%)             | 2 (3,9%)  | – (0%)      | 4 (33%)  | 9 (75%)      | 1 (8,3%)  |
| Двухэтапная                      |                |                    |           |             |          |              |           |
| Съёмные лигатуры                 | 25             | – (0%)             | 1 (4%)    | – (0%)      | – (0%)   | – (0%)       | – (0%)    |
| Тампонада                        | 20             | 1 (5%)             | 3 (15%)   | 2 (10%)     | 1 (5%)   | – (0%)       | – (0%)    |

тура простатического отдела уретры относятся к характерным поздним осложнениям после выполнения гемостаза ложа аденомы поперечными или продольными несъёмными кетгутовыми швами. По данным отдельных авторов, доля обструктивных осложнений колеблется в широких пределах: от 3,9 до 50%. По нашим данным, инфравезикальная обструкция зарегистрирована у 9 из 12 больных (75%), которым гемостаз осуществляли поперечными несъёмными швами. Полная облитерация шейки мочевого пузыря отмечена в 1 случае (см. рис. 2).

При уретроцистографии контрастное вещество из уретры не поступило в мочевой пузырь, а за счёт рефлюкса проникло в семенные пузырьки с обеих сторон. Это даёт основание утверждать, что чреспузырная надлобковая аденомэктомия не сопровождается повреждением семявыбрасывающих протоков предстательной железы при вышивании аденомы в пределах её хирургической капсулы. Об этом свидетельствует и проведённая нами хромоуретровезикулоскопия. Индигокармин, введённый непосредственно в семявыносящие протоки, выделялся интенсивной струёй через соустье в области семенного бугорка. В свете этого нельзя согласиться с высказыванием некоторых авторов о том, что после надлобковой чреспузырной аденомэктомии инфекция проникает в органы мошонки ретроградно через повреждённые семявыбрасывающие протоки предстательной железы, что не подтверждают наши клинические наблюдения.

По данным наших клинических исследований (см. табл. 1), послеоперационные воспалительные осложнения после аденомэктомии в 2 раза чаще развивались у пациентов, которым гемостаз ложа аденомы предстательной железы осуществляли с использованием марлевых тампонов (тампонада) в комбинации с катетером Фолея.

В поздние сроки наблюдения (до 6 мес) после аденомэктомии количество воспалительных осложнений значительно меньше (см. табл. 2). Таким образом, нами установлено, что как послеоперационные, так и поздние осложнения зависят от метода гемостаза ложа аденомы предстательной железы.

Результаты наших клинических исследований свидетельствуют о том, что основным методом в комплексной профилактике воспалительных осложнений после надлобковой чреспузырной аденомэктомии служит раннее восстановление мочеиспускания по уретре, на 2–4е сутки после операции. Это становится возможным лишь при использовании первичного или вторично отсроченного глухого шва мочевого пузыря и гемостазе ложа аденомы предстательной железы съёмными лигатурами, наложенными на шейку мочевого пузыря. При выполнении аденомэктомии по такой методике процент послеоперационных и поздних осложнений незначителен (см. табл. 1). Нормализация физиологических принципов мочеиспускания после аденомэктомии обеспечивает завершение эпителизации ложа аденомы предстательной железы к концу 4й недели после операции (рис. 3).

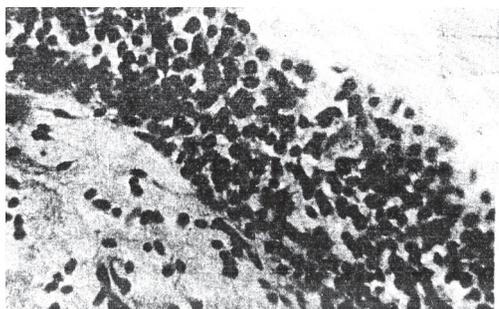


Рис. 3. Микрофотография биоптата ткани ложа аденомы через 4 нед после аденомэктомии. Выраженный эпителиальный слой в ложе аденомы. Окраска гематоксилином и эозином.

Подведение антибиотиков в ложе аденомы предстательной железы через дренированные семявыносящие протоки создаёт в семенных пузырьках депо лекарственного препарата, вымывая слизь, инфекцию из семявыбрасывающих протоков и тем самым способствуя профилактике гнойно-воспалительных осложнений аденомэктомии. Ни у одного больного из 49 с дренированием семявыносящих протоков, наблюдавшихся в послеоперационном периоде, не возникли воспалительные осложнения ни со стороны предстательной железы, ни со стороны органа мошонки.

Среди поздних осложнений наиболее серьёзным и требующим оперативного вмешательства состоянием бывает инфравезикальная обструкция, которая, по данным литературы, колеблется в широких пределах и достигает 50%. Мнения клиницистов по этиологии и патогенезу обструктивных осложнений весьма противоречивы. Одни полагают, что данное осложнение возникает в связи с воспалительным процессом в ложе аденомы предстательной железы, другие видят причину в методике гемостаза ложа аденомы предстательной железы. В литературе (Мшвилладзе Л.П., 1986) сообщают о 137 случаях инфравезикальной обструкции у больных, которым гемостаз ложа аденомы был осуществлён путём поперечного ушивания шейки мочевого пузыря. Данные литературы (Карпенко В.С., Стаховский Э.А., 1988) и наши клинические наблюдения свидетельствуют о том, что основной причиной рубцового стеноза пузырно-уретрального сегмента является сшивание краёв дефекта шейки мочевого пузыря поперечными или продольными несъёмными швами. В результате этого края дефекта срастаются, и ложе аденомы практически изолируется от полости мочевого пузыря, что препятствует проведению санации ложа, несмотря на наличие эпистомы.

По данным В. Bulanda (1963), к 2 мес завершается рубцевание линии швов шейки мочевого пузыря. По нашим данным [1], у больных, у которых гемостаз осуществляли съёмными лигатурами, наложенными на шейку мочевого пузыря, а также тампонадой ложа аденомы марлевыми тампонами, ни у одного пациента не отмечена инфравезикальная обструкция. Обусловлено это тем, что при использовании указанных методик гемостаза после удаления лигатур и марлевых тампонов ложе аденомы приоб-

ретаёт естественные границы и сообщается с полостью мочевого пузыря широким соустьем, позволяющим осуществлять антисептическую санацию ложа аденомы в случаях завершения аденомэктомии эпистомой.

Согласно данным, приведённым в табл. 2, осложнения в виде стеноза шейки мочевого пузыря после сшивания её поперечными швами выявлены у 75% оперированных пациентов. Анализ клинического материала показал, что стриктура простатического отдела уретры после надлобковой чреспузырной аденомэктомии возникает в связи с вытягиванием и отрывом простатической части уретры в процессе вылушивания аденомы или из-за её пересечения дистальнее верхушки аденомы. В подобных случаях длительное уретральное дренирование не обеспечивает профилактику развития стриктуры простатического отдела уретры.

Стриктура простатического отдела уретры диагностирована у 8,3% пациентов, прооперированных в урологической клинике КГМУ. Изучение макропрепаратов удалённых аденом предстательной железы подтвердило, что причиной стриктуры уретры становится отрыв части её краниального отдела. С целью предупреждения повреждения уретры за счёт её отрыва при вылушивании аденомы предстательной железы мы предлагаем предварительно, до аденомэктомии, эндоскопическим путём пересечь электрокоагулятором «Ноок» простатический отдел уретры выше семенного бугорка непосредственно у верхушки аденомы, отделив простатический отдел уретры от той части, которую удаляют вместе с аденомой. При такой тактике одновременно и происходит коагуляция сосудов уретральной группы, и обеспечивается профилактика развития стриктуры простатического отдела уретры. Ни у одного из 31 больного, находящегося под наблюдением в течение 5–6 мес, после аденомэктомии по такой методике не выявлено этого осложнения, в то время как стриктура уретры зарегистрирована у наших пациентов после обычной методики аденомэктомии в 8,3% случаев. Предварительное эндоскопическое пересечение краниального отдела простатической части уретры выше семенного бугорка служит важным мероприятием в профилактике отрыва и облитерации простатического отдела уретры.

Таким образом, нами установлено, что обструктивные осложнения являются, пре-

жде всего, следствием поперечного или продольного сшивания краёв шейки мочевого пузыря по методу Харриса-Гринчака либо по методу В.В. Красулина с соавторами.

## ВЫВОДЫ

На основании проведённого анализа результатов хирургического лечения больных с аденомой предстательной железы основными мероприятиями по профилактике острых гнойно-воспалительных послеоперационных осложнений со стороны органов мочеполовой системы при чреспузырной аденомэктомии нужно считать следующие:

1) выполнение надлобковой чреспузырной аденомэктомии с первичным или вторично отсроченным глухим швом мочевого пузыря;

2) обеспечение гемостаза ложа аденомы предстательной железы путём временной ретригонизации съёмными гемостатическими лигатурами, наложенными на шейку мочевого пузыря;

3) раннее (на 2–4-й день после операции) восстановление физиологических принципов уретрального мочеиспускания;

4) дренирование семявыносящих протоков для подведения раствора антибиотиков в ложе аденомы с целью предупреждения развития репаративного воспаления, сокращения сроков эпителизации ложа аденомы предстательной железы и исключения формирования рубцовой ткани в пузырно-уретральном сегменте;

5) общеукрепляющая послеоперационная профилактическая терапия в сочетании с антибиотиками, согласно антибиогамме.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Зубков Э.А., Ситдыкова М.Э., Зубков А.Ю., Ситдыков Э.Н. Первичный и вторично отсроченный глухой шов мочевого пузыря при надлобковой одномоментной и двухэтапной аденомэктомии // Казанский мед. ж. — 2008 — №3 — С. 265–269.
2. Ситдыков Э.Н., Зубков А.Ю., Зубков Э.А. Выбор метода оперативного лечения больных с аденомой предстательной железы // Казанский мед. ж. — 2004 — №5 — С. 356–359.

УДК: 618.132-009.7-08-039.78: [618.12-002.2+616.62]

Т14

## КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ТАЗОВОЙ БОЛИ У ЖЕНЩИН: КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

*Наталья Владимировна Московенко*

*Городская больница №2, г. Омск, Омская государственная медицинская академия*

### Реферат

**Цель.** Улучшение результатов лечения хронической тазовой боли у женщин на фоне хронического неспецифического сальпингоофорита и хронического цистита.

**Методы.** Обследована 91 женщина репродуктивного возраста, страдающая тазовой болью. Пациентки составили две группы. В первую вошли 68 женщин, в комплексной терапии которых использовали лечебную физическую культуру, электромагнитно-резонансное излучение и лазерное воздействие. В группу сравнения вошли 23 женщины, получавшие традиционную терапию. Применяли общепринятые клинические и специальные методы исследования: определяли содержание гонадотропных и стероидных гормонов, проводили сонографическое, уродинамическое исследование, лазерную доплеровскую флоуметрию, оценивали вариабельность сердечного ритма по Р.М. Баевскому. Медико-психологическое обследование женщин включало изучение особенностей личности с помощью классических психодиагностических методик.

**Результаты.** Хроническая тазовая боль у женщин сопровождается нарушением вегетативного баланса, повышением активности регуляторных систем и психоэмоциональными расстройствами, в структуре которых преобладают тревожно-депрессивные состояния. Установлено влияние выявленных нарушений на важнейшие категории качества жизни. По окончании лечения выраженная положительная динамика отмечена у женщин основной группы; при этом исчезновение основных симптомов, нормализация лабораторных показателей, данных ультразвукового исследования, показателей микроциркуляции происходили в более короткие сроки: продолжительность лечения сокращалась. В отдалённые сроки зарегистрировано снижение частоты обострений заболевания у женщин основной группы в 2,6 раза по отношению к пациенткам группы сравнения. Экономическая эффективность предложенных методов лечения составила 40,2%.

**Вывод.** Использование в комплексной терапии тазовой боли физиотерапевтических методов позволило сократить сроки лечения, снизить частоту обострений заболевания, получить экономический эффект.

**Ключевые слова:** тазовая боль, вегетативный баланс, психоэмоциональное состояние, качество жизни, электромагнитно-резонансная терапия, лазерная терапия.

**A COMPLEX APPROACH TO THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF PELVIC PAIN IN WOMEN: CLINICAL AND ECONOMIC ASPECTS** *N.V. Moskoenko. City Hospital № 2, Omsk city, Omsk State Medical Academy.* **Aim.** To improve the results of treatment of chronic pelvic pain in women secondary to chronic nonspecific salpingoophoritis and chronic