



# **ЗБІРНИК ТЕЗ МІЖВУЗІВСЬКОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ МОЛОДИХ ВЧЕНИХ ТА СТУДЕНТІВ «МЕДИЦИНА ТРЕТЬОГО ТИСЯЧОЛІТТЯ»**

*Назва та адреса організаторів конференції будуть вказані в наступній книжечці*

УДК 61.061.3 (043.2)  
ББК 61 (063)

*Медицина третього тисячоліття: Збірник тез міжвузівської конференції молодих вчених та студентів (Харків – 29-31 січня 2019р.) Харків, 2019. – 732 с.*

Відповідальний за випуск проф. В.В. М'ясоєдов



## Акушерство та гінекологія





*Рибіна А.*

## ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ТАЗОВОГО БОЛЮ ПРИ ГЕНІТАЛЬНОМУ ЕНДОМЕТРІОЗІ

Харківський національний медичний університет

Кафедра акушерства та гінекології №1

Науковий керівник: д.мед.н., проф. О.П. Ліпко, к.мед.н., ас. Нагута Л. О.

Актуальність теми. Ендометріоз – третя за поширеністю у структурі гінекологічних захворювань патологія, що переважно вражає жінок репродуктивного віку. Найбільш часто пацієнтки звертаються зі скаргами на розлади менструального циклу (дисменорею) та на біль різної локалізації й ступеня вираженості (частіше за все це альгоменорея, диспареунія, дисхезія), який виникає більш ніж у 50% жінок. Прямої залежності між ступенем тяжкості ендометріозу та інтенсивністю больового синдрому не виявлено, але його наявність призводить до порушення нормального ритму життя і тимчасової непрацездатності, що вимагає підбору оптимальних знеболюючих препаратів комплексно з етіопатогенетичною терапією.

Мета: провести оцінку ефективності та безпеки застосування нестероїдних протизапальних засобів (НПЗЗ) групи коксибів при больовому синдромі у жінок з генітальним ендометріозом.

Матеріали і методи: проведення проспективного аналізу лікування 24 пацієнток з різними формами генітального ендометріозу, у клінічній симптоматиці яких переважає больовий синдром.

Результати: у дослідженні брали участь 24 жінки (від 26 до 42 років) з підтвердженим діагнозом генітальний ендометріоз, які скаржились на хронічні тазові болі (ХТБ) помірної та високої інтенсивності. Вони були розподілені на 2 групи, по 12 осіб у кожній. Перша група пацієнток отримувала комплексну терапію, яка включала пероральні прогестини і НПЗЗ селективного типу дії групи коксибів протягом трьох місяців. Жінки з другої групи отримували монотерапію пероральними прогестинами протягом того ж періоду часу. Параметри, за якими вивчалася ефективність лікування: оцінка ступеня вираженості ХТБ на різних етапах терапії за десятибальною шкалою, дані



анкетування (із зазначенням різних видів болю, появи нових, раніше не наявних скарг). Перед початком терапії всі пацієнтки скаржились на ХТБ, причому інтенсивність їх у першій групі склала  $6,42 \pm 0,4$  бала, у другій групі –  $7,04 \pm 1,12$  балів, при цьому в обох групах найбільша вираженість больового синдрому відмічалась під час менструацій. Після проведення трьохмісячної терапії у першій групі було виявлено зниження інтенсивності ХТБ, середня оцінка –  $3,98 \pm 0,14$  бала, при цьому 75 % пацієнток вказали на абсолютну відсутність нападів болю, 18 % пацієнток все ще пред'являли скарги на біль під час статевого акту, 4% скаржились на болючість при гінекологічному огляді, 3% відзначали наявність болю при дефекації. У другій групі больовий синдром після трьох місяців монотерапії склав  $4,65 \pm 0,68$  бали, повне зникнення болю відзначили 53% жінок, 23 % – скаржились на болючі статеві акти, 7% – біль при огляді, 5% – при дефекації. З цього виходить, що зменшення інтенсивності больового синдрому у першій групі в 0,85 разів перевищує показники другої групи. При цьому, за даними анкетування, появи нових скарг, пов'язаних з ураженням інших органів і систем, у жодної з пацієнток не відзначено.

Висновки: використання селективних інгібіторів циклооксигенази-2 (а саме, коксибів) у комплексі з пероральними прогестинами показало більшу ефективність в усуненні больового синдрому при генітальних формах ендометріозу, ніж монотерапія гормональними препаратами. При цьому, побічних ефектів з боку шлункового-кишкового тракту і серцево-судинної системи у жодної з пацієнток виявлено не було, що свідчить про безпеку застосування НПЗЗ зазначеної групи.



L-АРГІНІН ЯК КОМПОНЕНТ КОМПЛЕКСНОЇ ТЕРАПІЇ МЕТАБОЛІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ПЕРІОДІ МЕНОПАУЗИ .....	278
Пономарьова А., Макаренко Н. ....	280
СУЧАСНЕ КОНСЕРВАТИВНЕ ЛІКУВАННЯ СИНДРОМУ ПОЛКІСТОЗНИХ ЯЄЧНИКІВ .....	280
П'ятигор А. ....	281
РІЗНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ АНОМАЛЬНИХ МАТКОВИХ КРОВОТЕЧ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ .....	281
Рибіна А. ....	283
ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ТАЗОВОГО БОЛЮ ПРИ ГЕНІТАЛЬНОМУ ЕНДОМЕТРІОЗІ .....	283
Саєнко В., Коломієць О. ....	285
РОЛЬ МЕЛАТОНІНУ В НОРМАЛЬНОМУ ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ .....	285
Строга Є., Благовещенський Р., Рогозянський Б. ....	286
ПОРІВНЯЛЬНЕ ОЦІНЮВАННЯ ТРАВМАТИЧНОСТІ РІЗНИХ ВИДІВ ОПЕРАТИВНОГО ВТРУЧАННЯ ПРИ КОНСЕРВАТИВНІЙ МІОМЕКТОМІЇ .....	286
Чехунова А. ....	288
ПАТОГЕНЕТИЧНЕ КОНСЕРВАТИВНЕ ЛІКУВАННЯ ЕНДОМЕТРІОЗУ РІЗНОЇ ЛОКАЛІЗАЦІЇ .....	288
Арсентьева А. ....	290
Особенности диагностики трофобластической болезни. (клинический случай) .....	290
Кебашвили С., Гнатенко О., Благовещенский Р. ....	292
АБДОМИНАЛЬНИЙ БОЛЕВОЙ СИНДРОМ ПРИ ОПУХОЛЕВИДНИХ ОБРАЗОВАНИЯХ ПРИДАТКОВ МАТКИ В ДЕТСКОМ, ПОДРОСТКОВОМ И МОЛОДОМ РЕПРОДУКТИВНОМ ВОЗРАСТЕ .....	292
Кудин И., Грищенко В. ....	294
ОПТИМІЗАЦІЯ ПРЕНАТАЛЬНОГО КОНСУЛЬТИРУВАННЯ ПРИ ДІАГНОСТИКЕ РАСЩЕЛИН ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЕБА У ПЛОДА .....	294
Луцкий А. ....	296
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ВИТРИФИЦИРОВАННЫХ И НАТИВНЫХ ДОНОРСКИХ ООЦИТОВ В ПРОГРАММАХ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ .....	296
Мыхальчук Т. ....	298
РЕТЕНЦИОННЫЕ КИСТЫ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ .....	298
Моргачова И. ....	301
СИНДРОМ РОКИТЯНСКОГО- КЮСТНЕРА-МАЙЕРА- ХАУЗЕРА (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ) .....	301
Нестерук А., Просюк А. ....	302
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ В СОЧЕТАНИИ С УЗЛОВАТОЙ ЛЕЙОМИОМОЙ МАТКИ БОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ .....	302
Плавун Н., Гасанова А. ....	304
Презклампсия при дихориальной диамниотической двойне (клинический случай) .....	304
Плехова О. ....	305