

---

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**

---

Державне підприємство Український науково-дослідний інститут  
медицини транспорту

Центральна санітарно-епідеміологічна станція  
на водному транспорті

***ВІСНИК***

***МОРСЬКОЇ МЕДИЦИНИ***

Науково-практичний журнал  
Виходить 4 рази на рік

Заснований в 1997 році. Журнал є фаховим виданням для публікації основних результатів  
дисертаційних робіт у галузі медичних наук  
(Бюлетень ВАК України від 9 червня 1997р. №4)

Зареєстрований в Міністерстві інформації України  
Свідоцтво серія КВ № 2830;  
перереєстрований у Міністерстві юстиції України 18.11.2010

**№ 1 (51)**  
**(січень - березень)**

---

Одеса 2011

---

## РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Головний редактор **А.І. Гоженко**

*О. М. Ігнат'єв (заступник головного редактора), В. О. Лісобе́й (науковий редактор),  
Н. А. Мацего́ра (відповідальний секретар), Є. П. Бело́бров, О. І. Ве́рба, М. І. Голубя́тніков,  
Ю. І. Гу́льченко, В. М. Євста́ф'єв, О. В. Кузне́цов, Т. П. Опа́ріна, Б. В. Па́нов,  
Н. Ф. Пе́тренко, С. А. Пра́ник, Е. М. Пся́дло, В. Г. Ру́денко, Л. М. Ша́фран, К. А. Я́рмула*

## РЕДАКЦІЙНА РАДА

*О. К. Асмолов (Одеса), К. Д. Бабов (Одеса), Ю. І. Бажора (Одеса), А. М. Войтенко (Одеса),  
С. А. Гуля́р (Київ), В. М. Запоро́жан (Одеса), М. Ф. Ізме́ров (Москва), С. Іднані́ (Індія),  
Н. К. Казими́рко (Луганськ), О. О. Кова́ль (Київ), М. О. Корж (Харків),  
І. Ф. Костю́к (Харків), О. М. Кочет (Київ), Ю. І. Кунді́єв (Київ), Т. Л. Лебе́дєва (Одеса),  
В. І. Лузі́н (Луганськ), В. В. Поворо́знюк (Київ), А. М. Понома́ренко (Київ), М. Г. Прода́нчук  
(Київ), А. М. Сердю́к (Київ), В. П. Сіде́нко (Одеса), Ю. Б. Чайко́вський (Київ)*

Адреса редакції

65039, ДП УкрНДІ медицини транспорту  
м. Одеса, вул. Канатна, 92  
Телефон/факс: (0482) 728-14-52; 42-82-63  
e-mail *nymba@mail.ru*  
Наш сайт - [www.medtrans.com.ua](http://www.medtrans.com.ua)

Редактор Н. І. Єфременко

Здано до набору..... р.. Підписано до друку..... Формат 70×108/16  
Папір офсетний № 2. Друк офсетний. Умов.-друк.арк. .  
Зам №

ISSN 0049-6804

©Міністерство охорони здоров'я України, 1999  
©Державне підприємство Український науково-дослідний  
інститут медицини транспорту, 2005  
© Центральна санітарно-епідеміологічна станція  
на водному транспорті, 2010

*В. В. Євдокимова, В. Й. Тешук, О. Я. Назаренко, Л. М. Яцкова,  
Ю. Ю. Петровський, Є. В. Попов, С. М. Непорада*

**ЛІКУВАННЯ ПОПЕРЕКОВО – КРИЖОВИХ БОЛЬОВИХ СИНДРОМІВ  
У ЖІНОК, ХВОРИХ НА ЗОВНІШНІЙ ЕНДОМЕТРІОЗ ПІД ЧАС СТАЦІОНАРНОГО ТА  
АМБУЛАТОРНОГО ЛІКУВАННЯ В УМОВАХ КЛІНІКИ ГІНЕКОЛОГІЇ  
ТА ВІДДІЛЕННЯ АНГІОНЕВРОЛОГІЇ ВІЙСЬКО-МЕДИЧНОГО  
КЛІНІЧНОГО ЦЕНТРУ ПІВДЕННОГО РЕГІОНУ**

*Військово-медичний клінічний центр Південного регіону, м. Одеса*

**Реферат.** В. В. Евдокимова, В. И. Тешук, О. Я. Назаренко., Л. М. Яцкова, Ю. Ю. Петровський, Е. В. Попов, С. Н. Непорада **ЛЕЧЕНИЕ ПОЯСНИЧНО – КРЕСТЦОВЫХ БОЛЕВЫХ СИНДРОМОВ У ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ НАРУЖНЫМ ЭНДОМЕТРИОЗОМ, НАХОДЯЩИХСЯ НА СТАЦИОНАРНОМ И АМБУЛАТОРНОМ ЛЕЧЕНИИ В УСЛОВИЯХ КЛИНИКИ ГИНЕКОЛОГИИ И ОТДЕЛЕНИЯ АНГИОНЕВРОЛОГИИ ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОГО КЛИНИЧЕСКОГО ЦЕНТРА ЮЖНОГО РЕГИОНА.** При комплексном лечении пациенток, страдающих эндометриозом на фоне пояснично-крестцового болевого синдрома (ПКБС), было установлено, что целесообразным является обязательное сочетанное применение симптоматической и антигомотоксичной терапии. В результате имеет место ускорение регресса неврологической симптоматики – уменьшение частоты ПКБС и симптоматики, присущей эндометриозу с возможностью предотвратить их возникновение в будущем. Использование традиционной терапии с АГТ-препаратами - Discus compositum и Placenta compositum – способствует улучшению соматического состояния пациенток и способствует противовоспалительному, анальгезирующему, седативному регенерирующему, дезинтоксикационному действию, что позволяет купировать ПКБС органического и рефлекторного генеза, снижает выраженность синдрома хронической тазовой боли на 65%. Результативным оказалось применение комплексных стандартов лечения, утвержденных МЗ Украины в сочетании с базовыми АГТ-препаратами и последующим использованием амбулаторно этой группы средств, в зависимости от нозологии.

**Ключевые слова:** эндометриоз, пояснично-крестцовый болевой синдром, антигомотоксическая терапия.

**Реферат.** В. В. Євдокимова, В. Й. Тешук, О. Я. Назаренко, Л. М. Яцкова, Ю. Ю. Петровський, Є. В. Попов, С. М. Непорада **ЛІКУВАННЯ ПОПЕРЕКОВО – КРИЖОВИХ БОЛЬОВИХ СИНДРОМІВ У ЖІНОК, ХВОРИХ НА ЗОВНІШНІЙ ЕНДОМЕТРІОЗ ПІД ЧАС СТАЦІОНАРНОГО ТА АМБУЛАТОРНОГО ЛІКУВАННЯ В УМОВАХ КЛІНІКИ ГІНЕКОЛОГІЇ ТА ВІДДІЛЕННЯ АНГІОНЕВРОЛОГІЇ ВІЙСЬКО-МЕДИЧНОГО КЛІНІЧНОГО ЦЕНТРУ ПІВДЕННОГО РЕГІОНУ.** Під час комплексного лікування пацієнток, що страждають на ендометриоз на фоні попереково-крижового болю (ПКБС), було встановлено, що доцільним є обов'язкове сполучне застосування симптоматичної і антигомотоксичної терапії. В результаті має місце прискорення регресу неврологічної симптоматики – зменшення частоти ПКБС й симптоматики, яка притаманна ендометриозу з можливістю попередити їх появу у майбутньому.

Використання традиційної терапії з АГТ-препаратами - Discus compositum і Placenta compositum – сприяють покращенню соматичного стану пацієнток й сприяють протизапальної, анальгезуючої, седативної регенеруючої, дезінтоксикаційної дії, що дозволяє купірувати ПКБС органічного й рефлексорного генезу, знижує вираженість синдрому хронічного крижового болю на 65%. Результативним виявилось застосування комплексних стандартів лікування, що затверджені МОЗ України у сполученні з базовими АГТ-препаратами та подальшим використанням амбулаторно цієї групи засобів, у залежності від нозології.

**Ключові слова:** ендометріоз, попереково-крижовий больовий синдром, антигоммотоксична терапія.

**Summary.** V. V. Yevdokimova, V. I. Teschuk, O. Ya. Nazarenko, L. M. Yatskova, Yu. Yu. Petrovskiy, E. V. Popov, S. N. Neporada **TREATMENT OF LUMBAR - SACRAL PAIN SYNDROMES IN WOMEN WITH EXTERNAL ENDOMETRIOSIS ADMMITTED TO THE IN-PATINET DEPARTMENT.** On the basis of own supervision at the holiatry of patients of Odessa region with endometriosis and pelvic pain it is set by us, that expedient is obligatory combination of the use of DC and PC, as efficiency select and combined in our research of symptomatic and antigomotoxic therapy it is possible to lead to a result – acceleration of regress of neurological symptoms is diminishing of frequency of pelvic pain and clinics of it, inherent endometriosis, at this contingent of patients and. The use of traditional therapy with antigomotoxic products - Discus compositum and Placenta compositum – is instrumental in an improvement broadly speaking of the somatic state of patients, as is generally known, by activating of trophic processes of vascular constituents of disease, and instrumental in противовоспалительному, анальгезирующему, седативному regenerating, to the desintoxication action, that is remove pain of organic and reflex genesis, reduces expressed of syndrome chronic pelvic pain on 65%, that, actually, carried out the role of nosotropic therapy. Effective enough in the case of help of medicare women-servicemen application of complex standards of treatment appeared in the conditions of clinic of angioneurology and clinics of gynaecology, that is ratified Ministry of health of Ukraine in combination with base antigomotoxic products and subsequent use ambulatory of this group of facilities, in obedience to that or other nosology.

**Keywords:** endometriosis, lumbar-sacral syndrome, antigomotoxic therapy.

**Актуальність.** У теперешній час є тенденція до збільшення їх чисельності жінок у лавах Збройних силах України. Це вимагає від медичної служби, перш за все, клініки гінекології відповідного розвитку організаційних форм медичного забезпечення жінок - військовослужбовців. У структурі гінекологічної захворюваності найбільш поширені є запальні захворювання, міоми матки та ендометріоз. Частота останнього коливається в межах від 7 до 50 %, але істинна частота ендометріозу різних локалізацій ще остаточно не визначена.

Вивчення ендометріозу розпочалося в ХХ сторіччі, хоча згадки про цю хворобу у медичній літературі сягають давнини. На підставі клінічних спостережень і гістологічних досліджень у 1927 році доктор John Sampson висловив припущення, що перитонеальний ендометріоз у тазовій порожнині зумовлений дисемінацією оваріального ендометріозу. Отже, він є засновником теорії про ретроградне поширення тканини ендометрію через маткові труби в черевну порожнину.

Протягом останнього десятиліття відзначено зростання частоти захворювання ендометріозом (від 12 до 27% оперованих гінекологічних хворих). Крім того, є дані про збільшену частоту захворювання серед родичів хворих у порівнянні із загальною популяцією [7].

Клінічна картина ендометріозу у жінок, у тому числі жінок – військовослужбовців, залежить від локалізації процесу, поширеності, психоемоційних особливостей пацієнтів. Основними скаргами при ендометріозі є дисменорея і диспареунія. Больовий синдром проявляється ниючими та тягнучими болями в нижніх відділах живота, у попереково-крижовій області, що підсилюються напередодні та під час менструації. Залежно від ступеня залучення сусідніх органів у патологічний процес можуть спостерігатися запори, дизуричні явища, болісні статеві стосунки й інші симптоми. У 19–40 % випадків ендометріоз протікає безсимптомно. При ендометріозі, найчастіше менструальна функція не порушена, однак частою скаргою буває перед - і післяменструальні шоколадного вигляду темно - кров'яністі виділення. За даними В. І. Кулакова і співав., гіперменорея

зустрічається в 50–66 %, альгоменорея — у 70 %, сукровичні «шоколадні» кров'яністі виділення в перед - і післяменструальний період — у 56 %, дисменорея — у 30 % хворих. Безплідність виявлена в 25–60 % жінок з ендометріозом [1].

В структурі загальної патології серед жінок-військовослужбовців провідне місце займає гінекологічна, значно випереджаючи терапевтичну та хірургічну. Специфіка роботи лікарів-гінекологів клініки гінекології ВМКЦ ПР полягає в тому, що під час перебування жінок в діючій армії акушерсько-гінекологічна патологія (порушення менструального циклу, ускладнення перебігу вагітності, онкологічна та дистормональна патологія, запальні захворювання жіночих статевих органів) частіше виходить на перший план (на відміну від цивільних установ) та супроводжується попереково-крижовими больовими синдромами (ПКБС). Це в свою чергу потребує додаткового обстеження та лікування з боку невропатолога. При лікуванні та обстеженні можуть виникати певні труднощі в зв'язку з тим, що в окремі періоди життя ті чи інші обстеження або використання деяких груп медикаментозних засобів жінкам протипоказані [2, 9].

**Мета дослідження.** Оцінити ефективність комплексного лікування пацієнток, хворих на ендометріоз у поєднанні із ПКБС, що перебувають на стаціонарному та амбулаторному лікуванні в умовах клініки гінекології та відділення ангіоневрології ВМКЦ ПР.

З огляду на це поступ у розумінні механізмів виникнення болю та пошук адекватних знеболюючих засобів відображає історію медицини та лікознавства у цілому [4,5].

Ендометріоз виникає при функціональній неповноцінності системи гіпоталамус - гіпофіз – яєчники. В патогенезі патологічного процесу мають значення і такі фактори, як хронічні запальні процеси геніталій, хірургічна травма ендометрію (аборти, ручне обстеження порожнини матки, кесаревий розтин та ін.), конституційно-спадкові особливості організму, імунні порушення. Є дані про потенційну роль у розвитку ендометріозу генетичних факторів. За даними J.Sampson і співавт., при наявності хвороби у близьких родичів ризик виникнення ендометріозу складає приблизно 7 %, тоді як у контрольній групі ця цифра становить всього 1 %.

Ендометріоз в області дугласова поглиблення або крижово-маткових зв'язок викликає різкі болі, іррадіюючі у піхвову ділянку, пряму кишку, промежину, стегна. Особливо характерна диспаріунія, інтенсивна дисменорея, а також болі при дефекації і в положенні сидячи. Більше поверхневі фіброзні спайки, що оточують старі пошкодження очеревини, викликають більш дифузні, постійні болі, в поперековій ділянці або стегні [6, 8]. Міжнародна асоціація з вивчення болю (The International Association for the Study of Pain, IASP) 15 жовтня 2007 р. започаткувала кампанію під назвою «Справжні жінки, справжній біль» (Real Women, Real Pain), спрямовану на те, аби загострити увагу світової громадськості на проблемі болю у жіночого населення.

Щодня безліч жінок в усьому світі страждають на гострий та хронічний біль, проте чимало із них залишаються нелікованими. Між тим існує декілька пояснень такої ситуації. У першу чергу актуальним залишається психологічний чинник, пов'язаний із гендерними проблемами в окремих регіонах [3].

ПКБС у жінок - це міждисциплінарна проблема. Адже нерідко гінеколог потребує консультації невропатолога для виключення патології вертебрального характеру. Також не виключено можливість формування синдрому взаємного посилення больових відчуттів з вираженим психологічним компонентом.

На нашу думку, ПКБС у жінок - це вторинний тривалий біль, який часто супроводжується неприємним симпаталгічним відтінком, рідко буває чітко локалізованим. Для нього характерні непостійність больових відчуттів в часі та локалізації, інколи відсутність позитивної динаміки при лікуванні; невідповідність між спонтанними та визначеними при пальпації больовими ознакоскладами, виразний психалгічний компонент (який супроводжується заглибленням пацієнтки у хворобу та негативними емоційними змінами). Посилення ПКБС провокується у деяких жінок розумовим перенапруженням, емоційними ефесами, змінами температури оточуючого середовища. ПКБС може бути проявом різних хронічних захворювань, серед яких далеко не всі належать до гінекологічних. Саме тому у деяких випадках існує потреба у консультації інших спеціалістів – уролога, невролога, гастроентеролога, проктолога, ендокринолога, психотерапевта [6].

Класифікація С.В. Smith (1997) подає різні типи ХБТ наступним чином:

- епізодичний, рецидивуючий ПКБС: диспареунія (болючість при статевому акті), болючість при інтромісії, рубцеві зміни вагіни, вестибуліт, біль після сексуального насильства, вагініт, дисменорея, овуляційний біль, хронічний спайковий процес, ендометріоз, аденоміоз, синдром подразненої кишки, хвороба Крона;
- постійний або персистуючий ХБТ: спайки, суттєві анатомічні зміни статевих органів, гідросальпінкс, ретроверсія матки, випадіння статевих органів, синдром застою у малому тазі, синдром Аллена-Мастерса, синдром кукси яєчників, постстерилізаційний синдром, пухлини (матки, яєчників, сечового міхура, кишечника), синдром подразненої кишки, метастази злоякісних пухлин у малий таз, лімфома, ендометріоз, аденоміоз, хвороба Крона, неспецифічний виразковий коліт;
- ПКБС психофізіологічного походження: постійне фізичне або сексуальне насильство, конверсійна істерія, депресія, іпохондрія, шизофренія, неврологічна патологія (рідко), пухлини спинного мозку, фантомний біль при тетраплегії.

Незважаючи на те, що обізнаність лікарів з ендометріозом значно зросла з часу його першого опису, і проведені десятки років дослідження, причини цієї недуги та лікування залишаються суперечливими.

**Обговорення та результати.** Нами в умовах клініки ангіоневрології та гінекології було обстежено та проведено лікування 132 жінок-військовослужбовців із захворюванням на ендометріоз на тлі ПКБС в період з 2008 по 2010 роки віком від 18 до 54 років. При звертанні пацієнток до невропатолога зі скаргами на болі в попереково - крижовій ділянці ми обов'язково вимагали результатів огляду гінеколога. При об'єктивному гінекологічному обстеженні у 78 жінок (59,1%) не визначалося органічних змін в органах малого тазу. ПКБС розцінювалося нами у цих пацієнток як функціональне порушення, яке існувало без причини іригації. Ці жінки були виключені із дослідження, оскільки вони виявилися придатними до військової служби.

У залишившійся із загальної кількості пацієнток з анамнезу стало відомо, що причинними чинниками виникнення ПКБС були запальні процеси у 15 жінок (19,2%), травматичні пологи - у 3 (3,8%), оперативні втручання - у 4 (5,1%), часті аборти - у 4 (5,1%), нерегулярне статеве життя - у 16 пацієнток (20,5%), підняття важких предметів - у 14 (18%), необережні рухи - у 7 (9%), переохолодження - у 7 (9%), маніпуляції мануального терапевта - у 2 (2,6%), стан після гострого респіраторного захворювання - у 1 (1,3%), без причини - у 4 (5,1%), стан після травматичного ушкодження - у 1 (1,3%). При супутній гінекологічній патології ПКБС було виявлено у 55 жінок (40,9%); серед них діагноз ендометріоз визначався у 9 жінок (16,7%), хронічні запальні захворювання внутрішніх статевих органів - у 29 (53,7%), онкологічну патологію - у 3 (5,5%), дисгормональні зміни - у 8 (14,8%); у 3 жінок - стан після операцій на органах малого тазу (5,5%), вагітність у 1 (1,9%), опущення матки у 1 (1,9%). 7 пацієнток приймали у багатьох вузьких спеціалістів різноманітні курси знеболюючих, нестероїдних протизапальних засобів, атигістамінних і т.д., не відмічаючи при цьому жодного покращення, хоча на момент огляду неврологічної симптоматики у них виявлено не було.

В результаті проведеного дослідження попереково-крижовий радикуліт у поєднанні із ендометріозом хворобою було виставлено для 59 (44,7%) пацієнток. Його особливості наступні:

- Скарги на болі в попереково-крижовій ділянці з ірадіацією по задній поверхні стегна, гомілки;
- Провокуючими факторами були фізичні навантаження, необережні рухи;
- Характер болю змінювався при зміні положення тіла, рухах, кашлі, чханні;
- В неврологічному статусі відмічалися обмеження рухливості в поперековому відділі хребта, напруження довгих м'язів спини, болючість в паравертебральних точках; позитивні симптоми Нері, Дежеріна, Ласега, Васермана, «посадки» та ін.,
- зміни рефлекторної та чутливої (гіперестезія, гіпестезія, парестезія) сфери,
- синдром хронічного тазового болю,
- безпліддя,
- порушення менструального циклу (міжменструальні кров'яністі виділення із зовнішніх статевих шляхів).

Кокцигодія була діагностована у 5 пацієнток (3,8%). Причиною її були травматичні ушкодження в анамнезі (2 жінки - 40 %), запальні захворювання сечостатевих органів (2 жінки - 40 %), урогенітальний герпес - у 1 пацієнтки (20%). Основними були скарги на больові відчуття в

анокуприковій ділянці та болі у період перед місячними внизу живота, у здухвинних ділянках. За характером біль був постійним, ниючим, тупим з ірадіацією у пряму кишку, сідниці, поперек; посилювався при різких рухах у поперековому відділі хребта у 2 жінок (40%); при вставанні - у 1 (20%); при ході та тривалому сидінні у - 1 (20%); при статевому акті та акті дефекації - у 1 (20%). При лікуванні цієї групи ми спиралися на ректальні свічки та нестероїдні протизапальні препарати.

Посттравматична нейропатія була діагностована нами у 3 пацієток (2,3%). Всі пацієнтки виникнення нейропатії пов'язують з оперативними втручаннями на органах малого тазу, незважаючи на досить великий відрізок часу, що минув (операції були здійснені понад три роки тому). Обсяг втручань особливого значення не мав (видалення матки з придатками у однієї пацієнтки, клиновидна резекція яйника після апоплексії - у двох). Жінок періодично турбували болі з переважанням постійного симпаталгічного компонента, що мали неприємний пекучий відтінок та іноді набували стріляючого характеру. В даному випадку ми для усунення больових проявів застосовували іміносілбени (фінлепсин) та антидепресанти (амітриптілін).

У однієї пацієнтки (0,8%) больові відчуття в попереково-крижовій ділянці були зумовлені опущенням матки. Окрім цього, вона також відчувала важкість в ділянці тазу. Вказані явища пояснювала важкою фізичною працею. До посилення больових відчуттів приводило тривале перебування у вертикальному становищі; у горизонтальному ж відмічалось їх зменшення.

У 29 пацієток (22%) були виявлені супутні хронічні запальні захворювання статевих органів. Серед них причиною ПКБС у 27 (20,4%) були хронічні аднексити з анамнезу, у 2 (1,6%) була постгерпетична невралгія. При цьому ПКБС проявлялися у вигляді люмбалгій - 26 (19,7%) та люмбоішіалгій - 3 (2,3%) без рефлексорних розладів та порушень чутливості в нижніх кінцівках, хоча в ділянках інервації Th10 - L2 відмічалися гіпералгезії. Больові відчуття характеризувалися переважанням симпаталгічного компонента; посиленням при впливі температурних чинників; супутніми дисменорейними розладами; неврастенією. При застосуванні антибіотикотерапії відмічався швидкий регрес больового синдрому та неврологічних проявів.

Вертеброгенний полірадикулярний синдром був діагностований нами у 8 пацієток (6,1%) віком від 44 до 50 років, у яких, окрім цього, відмічалось немотивована роздратованість, нестриманість, дисфорія, депресія, порушення сну, відчуття "приливів", часті симпатоадреналові або вагоінсулярні кризи, порушення менструального циклу. В даному випадку ми застосовували симптоматичні засоби, що й приводило до повного регресу захворювання. В подальшому рекомендували та консультацію гінеколога-ендокринолога.

У 4 пацієток (3%) були виявлені супутні захворювання шлунково-кишкового тракту (ентерит, спастичний коліт, панкреатит). Вони були проконсультовані у гастроентеролога. Усунення больового синдрому було досягнуто з нашого боку застосуванням нестероїдних протизапальних препаратів, а з боку гастроентеролога - призначенням дієтотерапії та ферментативних засобів.

Виникали певні труднощі при лікуванні 9 (6,8%) з ПКБС на фоні онкогінекологічної патології (доброякісні новоутворення), оскільки наявність пухлинного процесу без заключного діагнозу онколога є протипоказанням до призначення гормональної терапії та фізіотерапії. Але, незважаючи на застосування комплексного застосування симптоматичних ліків у 7 пацієток (5,3%) бажаного ефекту не було досягнуто, хоча деяке покращення вони періодично відмічали. З нашої точки зору, слід думати про наявність у них іпохондричного синдрому.

Значний ефект при лікуванні 27 пацієток нами було отримано після голкорексфлексотерапії, сегментарних ін'єкцій Дискус композитум (ДК) та Плацента композитум (ПК) та психотерапії.

До основного лікування такої гінекологічної патології як ендометріоз на тлі попереково - крижових больових синдромів нами було розроблено і впроваджено алгоритм антигомотоксичної терапії завдяки поєднанню препаратів відомої фірми Heel, таких, як Discus compositum та Placenta compositum. Тривалість курсу антигомотоксичними препаратами, їх поєднанням, визначалося сумісно неврологом і гінекологом в індивідуальному порядку, але обов'язковою умовою було постійне застосування цієї терапії не менше 4 тижнів (для закріплення ефекту в подальшому лікуванні вищезазначеної патології ми рекомендували в

амбулаторних умовах продовження запропонованої нами терапії з її корегуванням залежно від вираженості клінічних проявів ще 4 тижні).

**Висновки:**

1. На підставі власного спостереження при комплексному лікуванні гінекологічних пацієнток на тлі ПКБС встановлено, що доцільним є обов'язкове поєднання використання ДК та ПК тому, що дозволяє значно знизити прояви віддалених клініко-неврологічних симптомів.

2. Поєднання симптоматичної та антигомотоксичної терапії дозволяє прискорити регрес неврологічної симптоматики – зменшити частоту ПКБС та симптомів, притаманних ендометріозу, у даного контингенту хворих та дозволяє запобігти його виникнення в майбутньому.

3. Використання традиційної терапії із АГТ-препаратами - Discus compositum та Placenta compositum – сприяє поліпшенню загально - соматичного стану пацієнток шляхом активації трофічних процесів судинних складових захворювання та надаванню необхідної протизапальної, анальгезуючої, седативної, регенеруючої, дезінтоксикаційної дії, що дозволяє купіювати ПКБС органічного та рефлекторного генезу у 65% випадків.

4. Досить результативним у разі надання медичної допомоги жінкам-військовослужбовцям в умовах відділення ангіоневрології та клініки гінекології виявилось застосування комплексних стандартів лікування, що затверджено МОЗ України у поєднанні з базовими АГТ-препаратами та подальшим використанням амбулаторно цієї групи засобів, згідно з нозологією.

5. Жінки-військовослужбовці під час вагітності, з неврологічними ускладненнями в післяпологовому періоді, з гормональними порушеннями оваріо-менструального циклу та онкологічною патологією, являють собою актуальну та складну проблему як в неврології, так і в гінекології.

**Література:**

1. Баскаков В. П. Клиника и лечение эндометриоза. - Л.: Медицина, 1990. – 345 с.
2. Віничук С. М., Бедрій В. В., Уніч П. П. Вертеброгенні больові синдроми попереково-крижового відділу хребта та їх лікування із застосуванням вітамінів групи В // Укр. мед. часопис. — 2007. — № 6 (62). — С. 39–44.
3. Головченко Ю. І., Каліщук - Слободін Т. М., Клименко О. В. Нові підходи до застосування вітамінів групи В у комплексному лікуванні захворювань периферичної нервової системи // Міжнар. неврол. журн. — 2007. — № 1. — С. 17–20.
4. Русланов Д. В. Гомеопатия сегодня: опыт, размышления, перспективы // Провизор. – 2001.- №4.- С. 11 - 13.
5. Досягнення сучасної фармації: Матеріали V нац. з'їзду фармацевтів України. – Харків: УФА, 1999. – 234 с.
6. Дзяк Г. В., Викторов А. П., Гришина Е. И. Нестероидные противовоспалительные препараты. — К.: Морион, 1999. — 122 с.
7. Кудрина Е. А., Ищенко А. И., Гадаева И. В., Шадыев А. Х., Коган Е. А. Молекулярно-биологические характеристики наружного генитального эндометриоза // Акушерство и гинекология - 2000. - № 6 - С. 24 – 27.
8. Куприненко Н. Синдром боли в спине: дифференциальная диагностика и терапия // Новости медицины и фармации. — 2007. — № 18 (225). — С. 22–23.
9. Львова Л. В. Связующее звено, или синтетическая медицина //Провизор.- 2001.- №4.- С. 15-17