

биологической химии, вооружить студента методологией изучения предмета. Лекция развивает активное внимание студента, активизирует его мыслительную деятельность, способствует развитию стремления более глубоко познать предмет, понять его место в формировании профессиональных знаний и личностных качеств. Для решения этих непростых задач весь курс лекций по биологической химии нами представлен в электронном виде в форме мультимедийных пособий.

Наглядность представляемого на лекции сложнейшего материала (биохимия – это молекулярный уровень познания жизни) облегчает его восприятие и усвоение. На лекциях студент получает установки на повышение эффективности самостоятельной аудиторной и внеаудиторной работы, приобретает определенный объем систематизированной информации, что позволяет ему закреплять полученные на лекциях знания в ходе лабораторных, практических и семинарских занятий, при решении ситуационных задач, при подготовке к текущему и итоговому контролю знаний.

При планировании всех форм аудиторных занятий мы проводим строгий отбор и структурирование как теоретического, так и лабораторно-практического материала, что позволяет формировать не только знания, умения и навыки, но и профессиональные и общекультурные компетенции согласно требованиям ФГОС-3. Это способствует подготовке высококвалифицированного специалиста с высшим медицинским образованием, не только обладающего высокими профессиональными качествами, но и имеющего твердую гражданскую позицию.

Литература:

1. Ахметова Д.З. Реализация инновационных проектов психолого-педагогической направленности в современном вузе // Педагогическое образование и наука. – 2010. – №6. – С. 60-65.

2. Захарова И.Г. Информационные технологии в образовании.- Учебное пособие М. Издательский центр «Академия». – 2003. – 192 с.

3. Зимняя И.А. Ключевые компетенции – новая парадигма результатов образования // Высшее образование сегодня. – 2003. – №5. – С 34-42.

4. Литвинова Т.Н., Быков И.М., Литвинова М.Г. Актуальные проблемы химической подготовки будущих врачей. Профес-

сиональное и личностное развитие обучающихся в медицинских вузах // (Материалы межрегиональной научно-практической конференции с международным участием) 8-9 декабря 2010. Киров: Кировская гос. мед. академия. – 2010. – С 34-36.

5. Моррисон В.В., Протопопов А.А. Повышение качества образования в медицинском вузе. Трудности и перспективы// Современные проблемы качественного образования в высшей школе (материалы межрегиональной межвузовской научно-методической конференции). – 2007, Киров. – С. 17-18.

6. Профессиональное образование в условиях реализации ФГОС. Санкт-Петербург. - ИПК СПО. – 2012. – 184 с.

7. Русина Н.А., Алексеева С.В. Компетентностный подход в деятельности врача-преподавателя // Медицина и образование в Сибири. – 2008. – №2. – С 38-42.

8. Ступина С.Б. Технология интерактивного образования в высшей школе. Учебно-методическое пособие / Саратов. Издательский центр «Наука». – 2009. – 52 с.

ОПЫТ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОК, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ НАРУЖНОГО ГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА

Крутова В.А., Мелконьянц Т.Г.,
Макаренко Л.В., Кравцова Н.А.,
Ефименко А.В., Кравцов И.И.,
Пирожник Е.Г., Титова А.Н.,
Ордокова А.А.

*ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России,
Базовая акушерско-гинекологическая
клиника,
Краснодар, Россия*

В настоящее время в структуре гинекологических заболеваний эндометриоз занимает третье место после воспалительных заболеваний половых органов и миомы матки – 142,0 на 100 тыс. населения (99,9 на 100 тыс. населения Краснодарского края) [9]. Наибольших цифр заболеваемость эндометриозом достигает в группе женщин репродуктивного возраста (20-45 лет) – до 90% [1]. Проблемы диагностики и лечения эндометриоза остаются актуальными в связи с тем, что эндометриоз как общее заболевание организма значительно ухудшает

качество жизни женщины, не позволяя ей вести полноценную жизнь, выполнять свои репродуктивные и социальные функции, сохранять высокую работоспособность и социальную адаптацию. Было доказано, что заболевание эндометриозом приводит к изменению эмоциональной сферы женщины, нарушениям в психоэмоциональной и когнитивной сферах [2]. В связи с этим, эффективное лечение эндометриоза должно быть комплексным и полноценным, а в случае хирургического вмешательства – включать в себя качественные реабилитационные мероприятия.

Цель работы – сравнить эффективность различных методик комбинированного лечения пациенток, страдающих хроническими тазовыми болями и нарушениями психоэмоциональной сферы, с установленным диагнозом наружного генитального эндометриоза. Полученные результаты включены в план обучения ординаторов, врачей-гинекологов.

В ходе исследования под динамическим наблюдением исследовательской группы находились 145 (100%) пациенток, обратившихся в Базовую акушерско-гинекологическую клинику в период 2013-2015 гг., с установленным диагнозом наружного генитального эндометриоза в возрасте от 20 до 40 лет (средний возраст $28,2 \pm 0,3$ года) с длительностью жалоб от 2 до 20 лет (в среднем $5,8 \pm 0,2$ лет).

В исследование были включены пациентки, имеющие жалобы на хронические тазовые боли, диспареунию, а также различные психоэмоциональные нарушения. У всех больных в ходе лапароскопии был обнаружен наружный генитальный эндометриоз различной степени распространенности, который был впоследствии подтвержден патоморфологически.

В исследование не включались пациентки, у которых диагноз эндометриоза не был подтвержден гистологическим исследованием.

У всех пациенток отмечено ухудшение качества жизни: диспареуния – у 91 (62,8%), снижение работоспособности, раздражительность, вспыльчивость – у 132 (91,0%), дисаритмичный поверхностный сон – у 84 (57,9%), головные боли – у 107 (73,8%), диспареуния – у 94 (64,8%), сни-

жение либидо – у 65 (44,8%) пациенток из обследуемой группы.

Общее клиническое обследование всех 145 пациенток включало такие мероприятия, как сбор анамнеза жизни и заболевания, оценка физикальных данных (АД, ЧСС, ЧДД и др.), измерение антропометрических показателей (роста, массы тела, индекса массы тела), гинекологическое исследование. Кроме того, изучались характер и интенсивность болевого синдрома по визуальной аналоговой шкале и опроснику Мак-Гилла (1986).

Всем пациенткам было произведено ультразвуковое исследование органов малого таза с цветовым доплеровским картированием при помощи прибора «Аloka 4000» с абдоминальным, трансвагинальным или трансректальным датчиками (3,5 и 6,0 МГц).

Всем больным была произведена лапароскопия, которую выполняли под комбинированным эндотрахеальным наркозом в плановом порядке, в первой фазе менструального цикла с использованием аппаратуры фирмы «Karl Storz», «Olympus» по общепринятой методике (коагуляция и иссечение очагов наружного генитального эндометриоза).

По результатам лапароскопии в исследуемой группе женщин степени тяжести наружного генитального эндометриоза распределились следующим образом: 1 степень – 56 (38,6%); 2 степень – 64 (44,1%), 3 степень – 24 (16,6%). Степень тяжести наружного генитального эндометриоза определялась согласно классификации, предложенной ак. Л. В. Адамян (2013 г.).

Учитывая большую социальную включенность современных российских женщин, особую актуальность приобретает проблема психоэмоциональных расстройств, которые значительно влияют на качество жизни, отрицательно сказываясь на отношениях в семье и на работе (увеличение частоты конфликтных ситуаций). Эти негативные следствия имеют место в связи с тем, что одной из основных жалоб пациенток с эндометриозом является болевой синдром различной степени тяжести – в 41,4-88,4% случаев [10]. Табл. 1 демонстрирует зависимость проявления психоэмоциональных расстройств от тяжести болевого синдрома, выявленную при анкетиро-

вании пациенток с использованием визуальной аналоговой шкалы и болевого опросника Мак-Гилла.

Болевой синдром тяжелой степени ($8,2 \pm 0,2$) наблюдался у 28 (19,3%) пациенток, средней степени ($5,1 \pm 0,08$) – у 68 (46,9%), легкой степени ($2,8 \pm 0,06$) – у 49 (33,8%).

Всем пациенткам, включенным в настоящее исследование, в послеоперацион-

ном периоде с лечебной целью были назначены гормональные препараты, эффективность применения которых была оценена в ходе дальнейшего анализа. Кроме того, назначались реабилитационные мероприятия: физиотерапевтические процедуры, курсы рассасывающей терапии в условиях стационара дневного пребывания, санаторно-курортное лечение.

Таблица 1

Распределение психоэмоциональных симптомов у больных наружным генитальным эндометриозом в зависимости от степени тяжести болевого синдрома

Психоэмоциональные расстройства	Степень тяжести болевого синдрома					
	Легкая		Средняя		Тяжелая	
	Абс. (n=49)	% от n	Абс. (n=68)	% от n	Абс. (n=28)	% от n
Эмоциональная лабильность	18	36,7	65	95,6	28	100
Снижение работоспособности	16	32,6	52	76,5	28	100
Раздражительность, вспыльчивость	22	44,9	60	88,2	28	100

Таким образом, в настоящей работе представлена сравнительная оценка эффективности применения двух методов комбинированной терапии в эндометриоза: препаратом аГнРГ (бусерелин 3,75 мг) и препаратом, содержащим диеногест в дозе 2 мг – в качестве адъювантной терапии.

Критериями оценки эффективности проводимой терапии являлись показатели качества жизни женщин (психоэмоциональное самочувствие в социальной среде) и динамика интенсивности болевого синдрома.

Больные были репрезентативно разделены на группы:

группа I ($n=69$) – получающие бусерелин 3,75 мг в виде внутримышечных инъекций с интервалом 28 дней в количестве 6; из них легкая степень болевого синдрома наблюдалась у 23 пациенток, средняя – у 31, тяжелая – у 15 пациенток;

группа II ($n=76$) – получающие препарат, содержащий диеногест в дозе 2 мг (в непрерывном режиме в течение 6-9 мес.); из них легкая степень болевого синдрома наблюдалась у 26 пациенток, средняя – у 37, тяжелая – у 13 пациенток.

Были проанализированы характер и частота жалоб, предъявляемых пациентками на догоспитальном этапе, и их динамика спустя 6 месяцев. В каждой группе были выделены пациентки с легкой и средней и тяжелой выраженностью болевого синдрома, а также выделены пациентки с сопутствующими психоэмоциональными расстройствами.

В табл. 2 отражены количественные показатели выраженности болевого синдрома в каждой из групп наблюдения и количество пациенток, у которых болевой синдром сохранялся после проведенных лечебных и реабилитационных мероприятий.

Таблица 2

Сравнительная характеристика эффективности комбинированного лечения эндометриоза с применением препаратов, содержащих бусерелин 3,75 мг и диенгест 2 мг, при болевом синдроме пациенток с наружным генитальным эндометриозом (абсолютная и относительная частота жалоб до и после лечения)

Болевой синдром	До лечения (n=145)		После лечения бусерелин 3,75 мг (n=69)		После лечения диенгест 2 мг (n=76)		Всего после лечения	
	Абс.	%	Абс. (n)	%	Абс. (n)	%	Абс.	%
Легкая степень	49	33,8	2 (23)	8,6	3 (26)	11,5	5	10,2
Средняя степень	68	46,9	5 (31)	16,1	7 (37)	18,9	12	17,6
Тяжелая степень	28	19,3	2 (15)	13,3	3 (13)	23,1	5	17,8
Все больные с болевым синдромом	145	100	9	13,0	12	15,8	21	14,5

Положительная динамика при болевом синдроме легкой степени тяжести была отмечена у 89,8% женщин: в I группе – 91,4%, во II группе – 88,5%.

82,4% пациенток с болевым синдромом средней степени тяжести также отметили улучшение. При этом в I группе исследования улучшение отметили 85,9% женщин, а во II – 80,1%.

Среди пациенток с тяжелым болевым синдромом улучшение было зафиксировано у 82,2%: 86,7% женщин с тяжелым болевым синдромом в I группе, и 76,9% – во II группе.

Общее количество женщин, отметивших положительную динамику болевого синдрома, составило 85,5%.

В исследуемых группах отслеживалась и динамика жалоб в отношении нарушений психоэмоциональной сферы (рис.).

Улучшение качества жизни отметили до 80% опрошенных пациенток. Нормализация психоэмоционального состояния была отмечена в 79,8% случаев, улучшение качества сна – в 77,4% случаев и купирование диспареунии – в 80,9% случаев. Головные боли уменьшились по интенсивности или полностью купировались в 62,4%. По-прежнему низкий уровень либидо отметили около половины женщин в обеих группах.

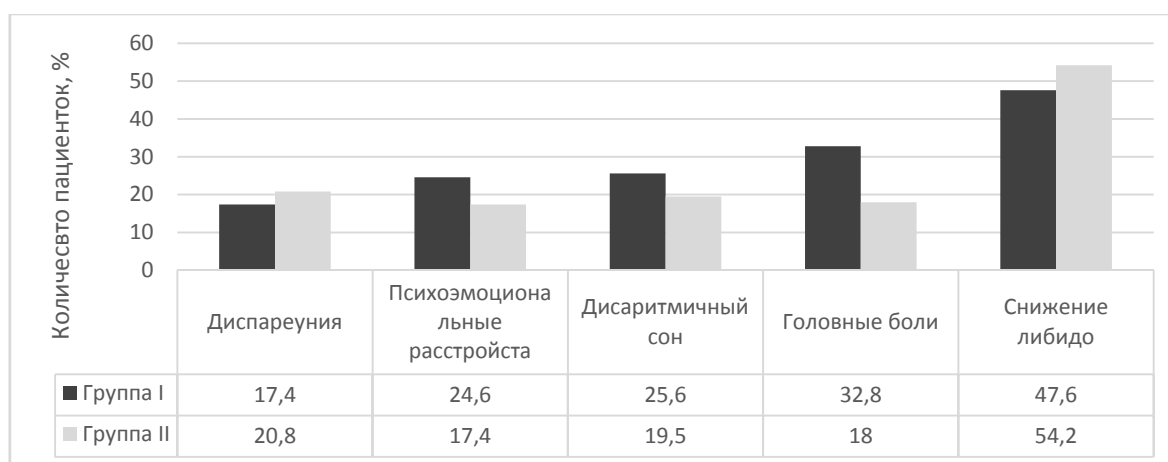


Рис. Жалобы, сохранявшиеся у пациенток после проведения комбинированной терапии наружного генитального эндометриоза

Сравнительный анализ адъювантной терапии препаратом аГнРГ (бусерелин) 3,75 мг и препаратом диенгеста 2 мг показал, что названные схемы терапии оказывают эффективное воздействие при лечении ряда симптомов наружного генитального эндометриоза. Прослеживается преобладание положительной динамики болевого синдрома после лечения бусерелином 3,75 мг по сравнению с диенгестом 2 мг (табл. 3).

Таблица 3

Абсолютная и относительная частота жалоб больных наружным генитальным эндометриозом до и после комбинированного лечения

Показатель	До лечения (n=145)		После лечения бусерелин 3,75 мг (n=69)		После лечения диеногест 2мг (n=76)		После лечения (все пациентки) (n=145)	
	Абс.	%	Абс. (n в группе)	%	Абс. (n в группе)	%	Абс.	%
Психоэмоциональные расстройства	132	91,0	17 (69)	24,6	11 (63)	17,4	28	21,2
Головные боли	101	69,7	20 (61)	32,8	9 (50)	18	38	37,6
Диспареуния	94	64,8	8 (46)	17,4	10 (48)	20,8	18	19,1
Снижение либидо	85	58,6	20 (42)	47,6	22 (43)	54,2	42	49,4
Дисаритмичный поверхностный сон	84	57,9	11 (43)	25,6	8 (41)	19,5	19	22,6

Полученные результаты показывают, что после применения каждого из предложенных методов комбинированного лечения прослеживается улучшение качества жизни больных. Так, по сравнению с состоянием до лечения эмоциональная лабильность у больных с тяжелой степенью болевого синдрома уменьшается при использовании бусерелина 3,75 мг почти в 4 раза, а диеногеста 2 мг – более чем в 5 раз.

В меньшем проценте случаев пациентками была отмечена положительная динамика головных болей (до 62,4%). Однако, анализируя данный параметр, необходимо учесть, что одним из наиболее распространенных побочных эффектов гормонотерапии эндометриоза являются головные боли, что в известной степени влияет на окончательные цифры. Аналогично, сохранение уровня либидо в половине случаев в обеих группах связано, по видимому, с развитием побочных эффектов гормонотерапии.

В процессе исследования был выявлен явный положительный эффект от применения рассмотренных в статье методов комбинированной терапии на качество жизни женщин с болевым синдромом при наружном генитальном эндометриозе.

Таким образом, полученные данные показывают достоверно высокую эффективность применения указанных методов комбинированной терапии эндометриоза, как в борьбе с болевым синдромом, так и в

улучшении качества жизни женщин в социальной среде.

Литература:

1. L. V. Adamyan, A. S. Marukyan, T. Y. Gavrilova, I. F. Kozachenko. Application of Dienogest in Chronic Pelvic Pain Associated with the Diffuse Form of External Endometriosis. Operative Gynecology, Russian Scientific Center for Obstetrics, Gynecology and Perinatology named after V. I. Kulakov, Moscow, Russian Federation. *Journal of Minimally Invasive Gynecology*, 2014, – 6 (21).–p. 39-40.

2. Эндометриоз: диагностика, лечение и реабилитация. Федеральные клинические рекомендации по ведению больных, под ред. Ак. Адамян Л. В. Москва, 2013.

3. Management of women with endometriosis, Guideline of the European Society of Human Reproduction and Embryology, ESHRE Endometriosis Guideline Development Group, September 2013.

4. Заболеваемость взрослого населения России в 2012 году, статистические материалы МЗ РФ.

5. Адамян Л. В., Кулаков В. И., Андреева Е. Н., Эндометриозы. – М., Медицина. Издание 2-е – 2006.

6. Кулаков В. И., Адамян Л. В. Эндоскопия в гинекологии. – М., 2000.