

и принимающих препарат и не хуже варфарина в популяции («в соответствии с назначенным лечением»), но не достиг критерия «превосходит». По безопасности: частота кровотечений и побочных эффектов в группах не различалась, на фоне приема Ривароксабана отмечено уменьшение количества инсультов и фатальных кровотечений.

Заключение

Ривароксабан – доказанная альтернатива варфарину у пациентов с фибрилляцией предсердий и риском инсульта от умеренного до высокого.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОК С ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ГЕНИТАЛИЙ ПОД ВЛИЯНИЕМ ТЕРАПИИ

Федотова Л.В., Андреев А.Н., Коновалов В.И.
ГБОУ ВПО УГМА Минздрава России

Вопросы диагностики и лечения больных с гиперпластическими заболеваниями гениталий продолжают оставаться одной из наиболее сложных и до конца нерешенных проблем современной гинекологии. Актуальность проблемы обусловлена еще и тем, что частота возникновения данной патологии неуклонно растет в последние годы [1]. Кроме основных клинических проявлений, таких, как болевой синдром (альгоменорей, диспареуния, боли в области таза), нарушение генеративной функции, расстройства функционирования соседних органов, менометроррагия и связанная с ней анемия, у данной категории больных выявляются нейро-вегетативный, психо-эмоциональный и обменно-эндокринный симптомокомплексы. Функциональные расстройства с преимущественно соматоформными проявлениями часто сочетаются как с соматической патологией, так и с психопатологическими симптомокомплексами, которые являются весьма разнообразными и могут распространяться на большинство систем организма [2]. Оперативные вмешательства у пациенток гинекологических стационаров, как известно, сопровождаются не только значительной хирургической травмой, но и снижением качества жизни. А качество жизни – понятие, важное не только для здравоохранения, но и для всех сфер жизни современного общества, т.к. конечной целью активности всех институтов общества является благополучие человека [3].

Материалы и методы исследования

Проведено рандомизированное, клиническое, открытое, контролируемое исследование, в котором принимали участие 60 женщин репродуктивного возраста с гиперпластическими заболеваниями гениталий. Больные разделены на 2 группы по 30 человек: пациенткам 1 группы терапия проводилась бусерелином (агонист гонадотропин-рилизинг гормонов (А-ГнРГ)), пациенткам 2 группы был назначен дидрогестерон (дюфастон) (прогестаген). Третью (контрольную) группу составили 30 гинекологически здоровых женщин. Исследование проводилось на базе гинекологических отделений МУ ЦГКБ № 6 и № 24 г. Екатеринбурга. Критериями включения в 1 и 2 группы являлись: репродуктивный возрастной период пациенток, информированность больных о проводимом исследовании, свободное владение устным и письменным русским языком, наличие диагностированной гинекологической патологии, гистологически подтвержденный диагноз. К критериям исключения из исследования относились следующие: несоответствие критериям включения, беременность и период лактации, эндокринопатии негинекологической этиологии (в том числе, сахарный диабет), наличие тяжелой сопутствующей соматической патологии, тяжесть состояния которой не позволяет провести исследования.

Всем пациенткам был проведен комплекс традиционных физических, лабораторных и инструментальных методов исследования. Для оценки качества жизни выполнено исследование с применением опросника MOS SF-36. Длительное мониторирование ЭКГ по Холтеру выполнялось устройством Meditech card(X)plore, серийный номер СТ 00000100 (Венгрия) (Программа Cardio Visions 1.12.4).

Статистическая обработка данных проводилась с использованием программных пакетов Microsoft Excel и Statistika 6.0, SPSS 12 для Windows (ознакомительная версия). При

обработке материала использованы непараметрические методы, такие как критерий Вилкоксона, критерий Манна-Уитни. Сравнительный анализ количественных признаков проводился с помощью критерия Крускала-Уоллиса. [4,5].

Результаты исследования и их обсуждение

Сердце является весьма чувствительным индикатором всех происходящих в организме событий. Ритм, а также сила его сокращений, регулируемые через симпатический и парасимпатический отделы вегетативной нервной системы, очень чутко реагируют на любые стрессорные воздействия, будь то эмоциональное напряжение или болезнь. Известно, что число аритмий психосоматического генеза в настоящее время растет. К одной из недостаточно познанной причин аритмий относят сдвиги нейрогенной, эндокринной (гуморальной) регуляции, изменяющие течение электрических процессов в специализированных или сократительных миокардиальных клетках [6].

Для диагностики нарушений ритма сердца (НРС) у обследуемых был применен метод длительного мониторирования ЭКГ по Холтеру. Аритмии выявлены у 75 % больных в первых двух группах (у 80 % (24 чел.) - в 1 группе и у 70 % (21 чел.) - во 2 группе), в 3 группе НРС выявлены у 16,7 % (5 пациенток). Синусовая тахикардия наблюдалась у 8,3 % больных (5 чел.) первых двух групп (6,7 % (2 чел.) - в 1 группе и 10 % (3 чел.) - во 2 группе) и у 3,3 % (1 человек) - в 3 группе, наджелудочковая экстрасистолия (НЖЭ) диагностирована у 15 % больных первых двух групп (9 чел.) - у 10 % (3 чел.) - в 1 группе и у 20 % (6 чел.) - во 2 группе, в 3 группе этот показатель составил 10 % (3 чел.). Желудочковая экстрасистолия (ЖЭ) выявлена у 1,7 % больных первых двух групп (1 чел. в 1 группе). Синусовая аритмия определена у 1,7 % (1 чел. 2 группы). Атриовентрикулярная блокада I степени обнаружена у 1 пациентки 1 группы. Предсердная пароксизмальная тахикардия выявлена у 1 больной 2 группы. Синусовая тахикардия в сочетании с НЖЭ выявлена у 5 чел. в 1 группе и у 3 чел. во 2 группе (13,3 % в двух группах), в 3 группе выявлен 1 человек. НЖЭ в сочетании с ЖЭ выявлена у 8 человек 1 группы и у 4 человек 2 группы (20 % - в двух группах). НЖЭ и синусовая аритмия выявлены у 1 человека 1 группы и у 1 человека 2 группы. Синусовая аритмия в сочетании с НЖЭ и ЖЭ выявлена у 1 больной в 1 группе.

Анализируя «психо-соматический портрет» пациенток, было принято решение о проведении исследования качества жизни. Понятие «качество жизни» многомерно в своей основе. Его составляющими являются психологическое благополучие, социальное благополучие, физическое благополучие и духовное благополучие [3]. По сравнению с женщинами 3 группы пациентки 1 и 2 групп имели выраженные ограничения по шкалам: ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (RP), интенсивность боли (BP), общее состояние здоровья (GH), жизненная активность (VT), социальное функционирование (SF), ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (RE) и психическое здоровье (MH). Результаты исследования качества жизни представлены на рисунке 1.

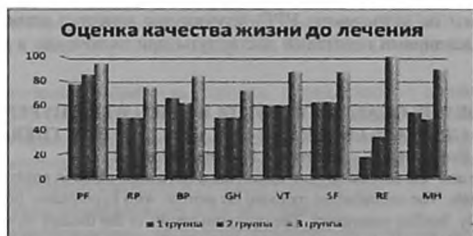


Рис. 1. Оценка качества жизни у больных с гиперпластическими заболеваниями гениталий до лечения в сравнении со здоровыми женщинами.

Пациентки находились под наблюдением в течение 7 месяцев. Лечение больных 1

группы проводилось на основании IV-этапного комплекса лечебно-реабилитационных мероприятий, разработанного на кафедре акушерства и гинекологии лечебно-профилактического факультета УГМА д.м.н., профессором Коноваловым В.И., с включением в схему лечения А-ГнРГ бусерелина. Больные 2 группы получали прогестагены (дофастон), схема лечения назначалась индивидуально.

Устранение НРС наблюдалось у 45 % больных первых двух групп: в 1 группе аритмии исчезли у 17 человек (70,8 %), а во 2 группе - лишь у 10 пациенток (52,4 %). У пациенток контрольной группы результаты мониторингирования ЭКГ по Холтеру не изменились.

При оценке качества жизни после лечения и реабилитационного периода наблюдалось значительное улучшение показателей у женщин 1 группы в сравнении с пациентками 2 группы; а такие показатели, как физическое функционирование (PF), (RP), (BP), (VT), (SF) и (MH) по количеству баллов практически сравнялись с показателями женщин контрольной группы (рис.2).



Рис. 2. Оценка качества жизни у больных с гиперпластическими заболеваниями гениталий после лечения в сравнении со здоровыми женщинами.

Выводы

1. Нарушения ритма сердца, выявленные у больных с гиперпластическими заболеваниями гениталий, вызваны комплексом причин, характеризующимся наличием железодефицитной анемии, воздействием психо-эмоционального напряжения.
2. Аритмии, связанные со сравнительно легкими дистрофическими изменениями в миокарде, исчезающие при восстановлении его метаболизма у пациенток с гиперпластическими процессами гениталий следует включить в функциональный класс.
3. Оптимальные результаты по устранению НРС, улучшению качества жизни у женщин с гиперпластическими заболеваниями гениталий достигнуты при включении в схему лечения А-ГнРГ (бусерелина).

THE EVALUATION OF THE QUALITY OF LIFE IN WOMEN WITH HYPERPLASTIC PROCESSES IN GENITALS UNDER THE INFLUENCE OF THE THERAPY

Fedotova L.V., Andreev A.N., Kononov V.I.

The study of the quality of life and the cardiac rhythm disturbance have been made in patients with hyperplastic processes in genitals. The examination included 60 women with hyperplastic processes in genitals and 30 gynaecologically healthy volunteers. The optimum results of the therapy have been obtain by inclusion clinical use buserelin.

Key words: the hyperplastic processes in genitals, the quality of life, the cardiac rhythm disturbance.