

human anatomy using video tools as a supplementary element, rather than as a primary one.

While all students agree that digital tools are essential for their studies, these data indicate that these same tools are a major source of distraction. Institutions must find a balance between integrating digital technologies and a traditional education. This study demonstrates that students are academically ambitious but increasingly burdened by workload and digital fatigue. While institutional resources were highly valued, mental health support and faculty mentoring are needed for further development to ensure student success and their good psychological health and well-being.

REFERENCE

1. Knof, H. The influence of collaborative learning and self-organisation on medical students' academic performance in anatomy / H. Knof, M. Berndt, T. Shiozawa // *Annals of Anatomy*. – 2024. – Vol. 251. – Art. 152182.
2. Brooklyn, P. Student perceptions of active learning in gross anatomy education / P. Brooklyn, L. Doris // *Anatomy & Physiology*. – 2024. – Vol. 67, № 3. – P. 34–39.
3. Dissecting human anatomy learning process through anatomical education with augmented reality: AEducAR 2.0, an updated interdisciplinary study / I. Neri, L. Cercenelli, M. Marcuccio [et al.] // *Anatomical Sciences*. – 2024. – Vol. 17, № 4. – P. 693–711.

АНАЛИЗ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОЙ ТАЗОВОЙ БОЛИ У СТАЦИОНАРНЫХ ПАЦИЕНТОВ

Анисова Н. С., Бовтюк Н. Я., Гинюк В. А., Геврасёва М. В.

*Белорусский государственный медицинский университет
Минск, Республика Беларусь*

Введение. Синдром хронической тазовой боли (СХТБ) относят к наиболее сложным междисциплинарным проблемам современной медицины. Частота хронической тазовой боли у женщин в возрасте от 15 до 73 лет составляет 38 на 1000, что сопоставимо с частотой бронхиальной астмы [1, с. 12]. Хроническая тазовая боль (ХТБ) согласно определению Международной ассоциации боли (International Association for the Study of Pain (IASP)) – это повторяющийся или постоянный на протяжении не менее 6 месяцев болевой синдром в нижних отделах живота ниже пупка, в нижней части спины и крестце, в промежности, в проекции наружных половых органов, влагалища у женщин, прямой кишки с возможным распространением по переднебрюшной поверхности бедер [2, с. 9]. Выделяют ХТБ, которая возникает при некоторых урологических, гинекологических,

проктологических заболеваниях, хирургических вмешательствах на органах малого таза и ХТБ, при которой затруднена идентификация этиологического фактора.

В отличие от хронических болей другой локализации тазовые боли характеризуются рядом особенностей, связанных с анатомией и функцией органов малого таза. Такие пациенты часто проходят многократное, длительное лечение у терапевтов, хирургов, гинекологов и проктологов по поводу якобы имеющихся у них заболеваний органов малого таза, однако применяемое лечение часто неэффективно, что может говорить о возможном поражении мышечно-связочного аппарата или повреждения нервов в данной области. Рассматривать проблему синдрома ХТБ нельзя без изучения невралгии полового нерва, механизм развития которой связан с анатомическими особенностями его расположения. Пудендальная невралгия является наиболее часто встречающимся типом нейрогенной хронической тазовой боли. Однозначного определения термина «пудендальная невралгия» не существует. Пудендальную невралгию (ПН) можно определить, как хронический нейропатический болевой синдром, обусловленный компрессией и/или нейропатией полового нерва и локализующийся в зоне его сенсорной иннервации [3, с. 84-85]. Однако в настоящее время отсутствуют четкие алгоритмы диагностики СХТБ. Таким образом своевременная диагностика и изучение причин развития синдрома хронической тазовой боли является важной задачей современной медицины.

Цель. Изучить основные причины возникновения синдрома хронической тазовой боли и проанализировать методы его диагностики.

Методы исследования. Ретроспективный анализ данных медицинских карт стационарных пациентов (18 пациентов женского пола) в возрасте с 20 до 70 лет с диагнозом «Боли в области таза и промежности» или «Хроническая тазовая боль» (шифр R 10.2 по МКБ 10), находившихся на лечении в УЗ «3-я городская клиническая больница имени Е.В. Клумова» с 2014 по 2025 год.

Данные были систематизированы в таблице Microsoft Excel и проанализированы с использованием методов описательной статистики.

Результаты и их обсуждение. Средний возраст пациентов – 47,25 лет [30; 55]. Из перенесенных заболеваний наиболее часто отмечались гинекологические заболевания: хронический аднексит (18,75%), эрозия шейки матки (12,5%), миома матки (12,5%), кисты яичников (12,5%) и эндометриоз (12,5%). Среди негинекологических перенесенных заболеваний: язвенный колит и болезнь Крона (12,5%), хронический гастрит (12,5%), а также вертеброгенная люмбоишалгия (6,25%). Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез наблюдался у 85,7% женщин. Перенесенные операции зафиксированы у 75% пациентов. Из оперативных вмешательств наиболее часто выполнялись лапароскопические вмешательства – 31,25%, экстирпация матки с придатками или без – 18,75%, кесарево сечение – 12,5%, аппендэктомия – 12,5%. Сопутствующие заболевания диагностированы у 81,25% пациентов. Чаще всего встречались

заболевания мочеполовой системы (31,25% случаев): хронический пиелонефрит, нефроптоз, микролиты почек, кисты почек. Вертеброгенная люмбоишалгия и остеохондроз встречалась в 25% случаев, артериальная гипертензия в 18,75% случаев, геморрой в 6,25% случаев, хронический простатит в 6,25% случаев. У 12,5% пациентов выявлены соматоформные болевые расстройства.

Пациентам выполнялись следующие обследования: УЗИ органов брюшной полости (75,0%), эндоскопия толстой кишки (56,3%), УЗИ почек и надпочечников (43,8%), УЗИ органов малого таза (37,5%), гистологическое исследование (31,3%), эзофагогастродуоденоскопия (18,8%), УЗИ брахиоцефальных сосудов (18,8%), электрокардиография (ЭКГ) (12,5%), онкоцитологическое исследование (6,3%), бактериологический посев (6,3%), УЗИ тазобедренного сустава (6,3%), УЗИ вен нижних конечностей (6,3%).

По данным литературы варикозная болезнь вен таза обнаруживается у 10-25% женщин репродуктивного возраста с СХТБ [4, с. 189]. Однако в проведенном исследовании данный диагноз не выставлялся ни одной из пациенток, что, возможно, связано с недостаточным применением УЗИ органов малого таза с оценкой венозного кровотока. Также в виду отсутствия специального оборудования не проводились обследования, направленные на диагностику миофасциального болевого синдрома и поражения нервов данной области: электронейромиография, МРТ органов малого таза, УЗИ нервов, поэтому пациенты направлены на дообследование в специализированные отделения неврологического профиля. В том числе проблема диагностики повреждения полового нерва затруднена в виду его локализации и анатомических особенностей. Поэтому для клинической диагностики заболевания наряду с обследованием наиболее частых зон компрессий: пальпация седалищной ости, крестцово-остистой и крестцово-бугорной связок, грушевидной мышцы, необходимо внедрение новых инструментальных методов исследования.

Выводы. Синдром хронической тазовой боли представляет собой сложную междисциплинарную проблему, в развитии которой сочетаются гинекологические, урологические, проктологические, неврологические и психосоматические факторы. В исследуемой выборке у 85,7% пациенток отмечался отягощенный акушерско-гинекологический анамнез, а у 75% – наличие хирургических вмешательств в анамнезе, что подтверждает роль ятрогенных и посттравматических факторов в формировании нейропатического болевого синдрома. Преобладание в обследовании пациенток методов визуализации органов брюшной полости (УЗИ, эндоскопия) при отсутствии целенаправленной оценки нервно-мышечных структур свидетельствует о пробелах в диагностическом поиске. В обследовании пациентов отсутствовали методы, направленные на диагностику поражения нервов и миофасциального болевого синдрома: электронейромиография, МРТ малого таза с нейрографией, УЗИ периферических нервов.

Эффективное ведение пациентов с СХТБ требует внедрения в клиническую практику стандартизированных диагностических алгоритмов, в том числе включающих методы нейровизуализации (МРТ малого таза с нейрографией, УЗИ периферических нервов). Своевременная диагностика неврологического компонента хронической тазовой боли, в частности пудендальной невралгии, позволит перейти от симптоматической терапии к патогенетически обоснованному лечению, что может существенно улучшить качество жизни пациентов и снизить частоту необоснованных хирургических вмешательств.

ЛИТЕРАТУРА

1. Хроническая тазовая боль: от правильной диагностики к адекватной терапии / С. А. Рачин, М. Н. Шаров, А. В. Зайцев [и др.] // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2020. – Т. 12, № 2. – С. 12–16.
2. Современная терминология хронической боли / В. А. Корячкин, А. П. Спасова, В. В. Хиновкер [и др.] // Регионарная анестезия и лечение острой боли. – 2021. – Т. 15, № 1. – С. 9–17.
3. Бородулина, И. В. Пудендальная невралгия / И. В. Бородулина, Г. В. Ковалев // Нервно-мышечные болезни. – 2023. – Т. 13, № 4. – С. 83–96.
4. Бердигулова, Э. Ф. Гемодинамические факторы возникновения синдрома хронической тазовой боли у женщин / Э. Ф. Бердигулова, А. Р. Янбарисова // Академическая публицистика. – 2020. – № 10. – С. 189–200.

ОПЫТ ПОДГОТОВКИ КОМАНДЫ МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА К ОЛИМПИАДЕ ПО АНАТОМИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИНТЕРАКТИВНОГО СТОЛА «ПИРОГОВ II»

Балако А. И.¹, Жданович В. Н.¹, Угольник Т. С.¹, Фархат М. Х.²

¹Гомельский государственный медицинский университет

²Гомельская центральная городская детская поликлиника филиал № 5
Гомель, Республика Беларусь

Актуальность. Интерактивный анатомический стол «Пирогов II» на кафедре анатомии человека с курсом оперативной хирургии и топографической анатомии Гомельского государственного медицинского университета используется для обучения студентов всех факультетов. В зависимости от учебной задачи задействуются разные разделы стола: «Анатомия человека» (базовое строение органов и систем), «Топографическая анатомия» (послойное строение областей,