

УДК 618.4-089

О.О. Литвак, Б.В. Хабрат, Б.М. Лисенко, А.Б. Хабрат

ОПТИМІЗАЦІЯ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ ХВОРИХ НА МІОМУ МАТКИ

Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини»
Державного управління справами, м. Київ

Резюме.

Вступ. У цій статті наведено поетапний алгоритм управління міоми матки. Хірургія оптимізована за індивідуальним та диференційованим підходом для методів мініінвазивної хірургії залежно від сучасної топографічної класифікації підслизових маткових міом.

Авторами запропоновано модель медичної допомоги, створена в нашій клініці для пацієнтів будь-якого віку з міомою матки – послідовними, комплексними терапевтичними та профілактичними заходами, які виконуються крок за кроком.

Матеріали та методи дослідження. Проведено комплексне обстеження 200 пацієнток (основна група), що були прооперовані за запропонованим алгоритмом із застосуванням ендовідеохірургічних технологій до всіх клінічних випадків міом матки, до контрольної групи віднесено 50 практично здорових жінок. Групу порівняння становили 50 пацієнток, з відповідною патологією, після традиційних методів періопераційного ведення та оперативного лікування міоми матки.

За відсутності протипоказань, у ранньому післяопераційному періоді, проводилась рання активізація хворої. Окрім вищенаведеного, одним із ефективних способів попередження назокам'ялих інфекцій вважається короткострокове перебування пацієнта в стаціонарі, саме тому виписка пацієнток відбувалась за умов відсутності ускладнень упродовж 24–48 годин після оперативного втручання. Усіх пацієнток опитано згідно стандартизованого опитувальника SPF-36, з метою оцінки якості їх життя.

Результати та їх обговорення. Одним із основних очікуваних позитивних результатів наданої хірургічної допомоги є покращення якості життя гінекологічних хворих, зокрема на пацієнток, прооперованих з приводу міоми матки. При проведенні опитування, нами встановлено, що показники фізичного статусу в динаміці спостереження в післяопераційному періоді («інтенсивність болю», «фізичне функціонування», «рольове функціонування», «загальне здоров'я») у жінок основної групи були помірно нижчими, ніж у здорових жінок та суттєво вищими за відповідні показники групи порівняння.

Висновки. Організація надання медичної допомоги пацієнтам в ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС, з приводу міоми матки дозволила знизити показник ліжко-дня до операції до нуля днів, після операції – до 1,2 дня, а середній термін перебування на лікарняному листі склав 9,6 днів. Запропонована модель організації гінекологічної допомоги оптимізує та покращує результати лікування на кожному етапі – від моменту звернення до повної реабілітації.

Ключові слова: міома матки, гістроскопія, лапароскопія, міомектомія, якість життя, спеціалізована гінекологічна допомога, стаціонар з короткостроковим перебуванням, збереження репродуктивного здоров'я.

ВСТУП

Соціально-економічні зміни, що характерні для сучасної України, потребують пошуку нових важелів впливу на ефективність функціонування галузі

охорони здоров'я. Організація ефективного та економічно обґрунтованого лікувально-діагностичного процесу є одним з пріоритетних напрямків розвитку сучасної охорони здоров'я. Упродовж останніх десятиліть, із переходом на Європейські стан-

дарті надання медичної допомоги, в Україні відбулося значне скорочення ліжкового фонду [7]. Разом з тим, за даними МОЗ України, частка пацієнтів із захворюваннями, які підлягають оперативному лікуванню, практично не зменшилась. Це стосується як усіх хірургічної групи, так і гінекологічних втручань зокрема.

Окрім цього, в сучасній літературі недостатньо висвітлені саме практичні рекомендації щодо алгоритму ведення таких пацієнок. Тому, розвиток альтернативних форм надання стаціонарної хірургічної (гінекологічної) допомоги є актуальним питанням сьогодення. Серед стаціонар-замінних форм надання хірургічної допомоги в більшості європейських країн набули розвитку амбулаторна хірургія, стаціонари «хірургії одного дня» та хірургічні стаціонари з короткостроковим перебуванням (ХСКП). На сьогоднішній день такий підхід необхідно розцінювати не лише як певну сферу діяльності спеціалістів-хірургів-гінекологів, а і як окрему особливу ідеологію лікувального процесу [5,6].

Одною з найбільш розповсюджених патологій в структурі гінекологічних захворювань, які підлягають оперативному лікуванню, є доброякісні пухлиноподібні захворювання матки (ДПЗМ). За даними літератури, останніми роками, лейоміома матки діагностується у 25-35% жінок репродуктивного віку і становить від 20% до 77% серед ДПЗМ [8].

Аналіз літературних даних результатів хірургічного лікування міоми матки, свідчить, що повторні оперативні втручання з приводу рецидиву міоми проводяться у 55% пацієнок, а вагітність після операції протягом перших 6 місяців настає лише у 23,5 % пацієнок репродуктивного віку, протягом 1 року – у 28%, 3 років – у 14,0%, а більше 3 років – у 7% випадків від загального числа пацієнок із відновленням репродуктивної функції [3,4].

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Проведено комплексне обстеження 200 пацієнок (основна група), що були прооперовані за запропонованим алгоритмом із застосуванням ендовідеохірургічних технологій до всіх клінічних випадків міом матки.

Групу порівняння становили 50 пацієнок, з відповідною патологією, після традиційних методів періопераційного ведення та оперативного лікування міоми матки.

У контрольну групу увійшли 50 практично здорових жінок, які звернулися до дільничного лікаря

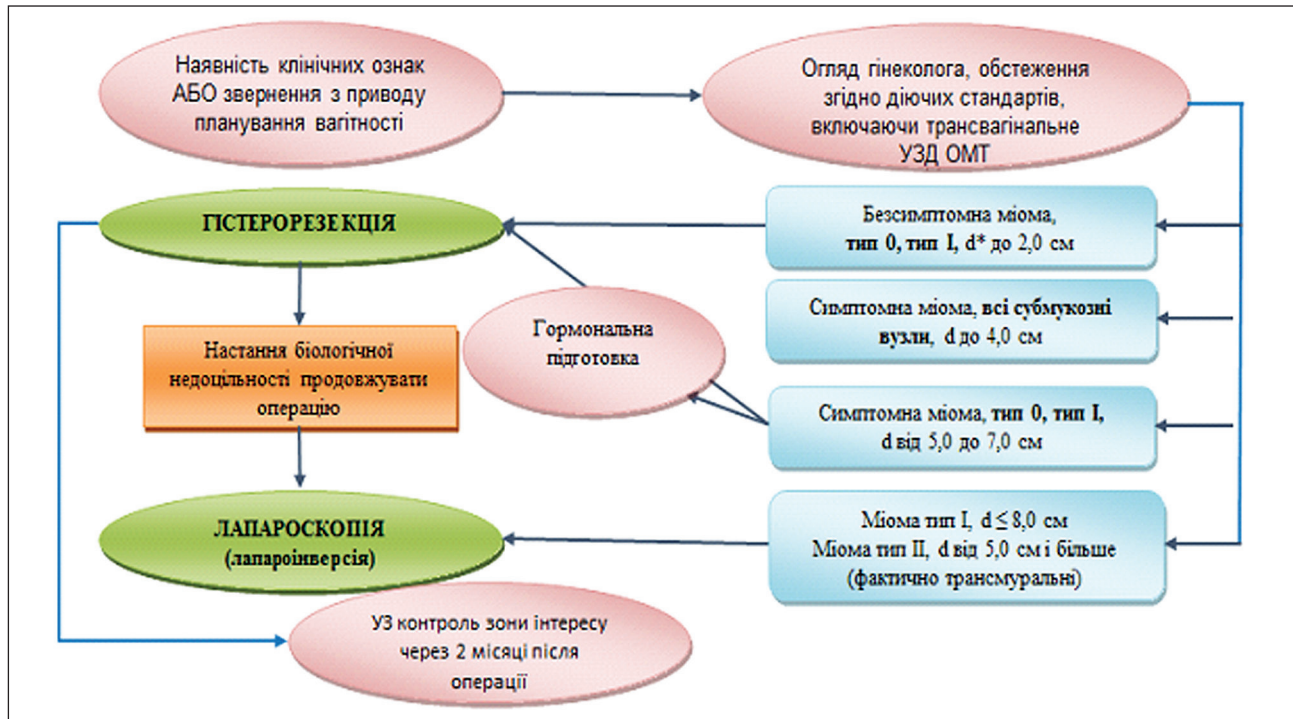
акушера-гінеколога з метою проходження щорічного профілактичного медичного огляду.

Верифікація діагнозу проводилася згідно клінічних протоколів з акушерства і гінекології, затверджених МОЗ України [1,2]. За основними показниками стану соматичного здоров'я, за інтенсивністю клінічної симптоматики та перебігу екстрагенітальної патології усі досліджувані були розділені на відповідні узагальнені групи та рандомізовані. Клінічне та лабораторно – інструментальне спостереження жінок після міомектомії проводили протягом 6 міс. з наступною кратністю обстеження: під час виписки зі стаціонару, через 1 місяць і через 6 місяців після проведеного оперативного втручання.

Критерії включення пацієнок до груп спостереження: наявність симптомної міоми матки, письмова інформована згода пацієнтки на проведення втручання і згода на участь у дослідженні. Критерії виключення – вагітність, лактація, вогнищева патологія молочних залоз, анемія, дисфункціональні маткові кровотечі та пухлини матки і яєчників неясної етіології, гострі запальні процеси, геніальний ендометріоз, тяжка соматична та гормональна патологія, органічна патологія ЦНС, психічні розлади, злаякісні пухлини в даний час чи в анамнезі, жінки, які приймають препарати з психотропною дією.

Визначення якості життя вивчали за допомогою опитувальника SF-36 («The Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey») [https://www.rand.org/health/surveys_tools/mos/36-item-short-form/survey-instrument.html], який є найбільш адаптованим та універсальним та дає можливість надійно визначити медичний аспект проблематики, що досліджується.

Пацієнткам, які зверталися в жіночу консультацію КДЦ ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС, до дільничного акушера – гінеколога, проводився первинний огляд, постановка діагнозу та визначалися показання чи протипоказання до хірургічного втручання. У разі наявності супутньої патології проводилось додаткове клініко-інструментальне обстеження та залучалися для проведення консультації суміжні фахівці. У разі потреби хірургічного лікування, пацієнтку направляли до Центру стаціонарної допомоги на консультацію до лікарів – консультантів (хірурга-гінеколога та анестезіолога) котрі, на підставі клінічного огляду, попередніх результатів клініко-лабораторних та інструментальних досліджень, визначали необхідність, умови, оптимальний доступ і обсяг оперативного втручання, а також, найбільш оптимальний вид анестезії, надавали рекомендації щодо передопераційної підготовки та безпосередньо приймали участь в операції.



*d – найбільший розмір вузла або одного із субмукозних вузлів

Рис. 1 – Алгоритм оперативного лікування субмукозної міоми матки

Дані про пацієнта вносилися до Програми управління базою даних багатопрофільного медичного закладу (розробник ФОП «Репетій Н.І.», ІНН 2374210505; свідоцтво про авторське право на твір № 45165 від 13.08.2012 року), яка формувала список пацієнтів на оперативне лікування з визначенням черги та номеру операційного залу. Таким чином, на доклінічному етапі проводився вибір методу оперативного втручання, огляд анестезіолога та хірурга-гінеколога. Обстежену хвору госпіталізували в день запланованого втручання, що давало змогу знизити час перебування пацієнтки в стаціонарі до операції та рівень її негативного психологічного навантаження. Протягом наступних 40-60 хвилин хвора поступала до операційної зали у відповідності до встановленого напередодні плану оперативних втручань.

Хірургічні втручання у пацієнок виконувалися за запропонованим алгоритмом (рис.1), із застосуванням гістеро- та лапароскопії, на базі Центру стаціонарної допомоги Державної наукової установи «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» ДУС. Усі оперативні втручання проводилися з використанням комбінованого внутрішньовенного знеболення та ШВЛ із використанням електрохірургічного генератора. Для накладання ендоскопічних швів використовували інтракорпоральну техніку зав'язування вузла. Гістерорезектоскопія проводилась резектоскопом зовнішнім діаметром 26 Ш із використанням не-

лектролітних низькомолекулярних розчинів, що нагніталися з допомогою автоматичної помпи. Під час лапароскопічної міомектомії, для екстракції макропрепарату з черевної порожнини використовувався оригінальної модифікації морцелятор.

За відсутності протипоказів, у ранньому післяопераційному періоді, проводилась рання активізація хворої. Проведений аналіз досвіду зарубіжних колег, доводить, що подібна тактика сприяє зменшенню кількості післяопераційних тромботичних та тромбоемболічних ускладнень, післяопераційних гіпостатичних пневмоній [8]. Окрім вищенаведеного, одним із ефективних способів попередження назокаміальних інфекцій вважається короткострокове перебування пацієнта в стаціонарі, саме тому, за відсутності ускладнень виписки пацієнок відбувалась упродовж 24 – 48 годин після оперативного втручання.

Після стаціонарного етапу лікування, пацієнтка, направлялась на амбулаторний етап для проходження індивідуального курсу реабілітації у дільничного лікаря гінеколога жіночої консультації КДЦ ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС, який проводив його з урахуванням результатів патогістологічного дослідження видалених тканин, віку та репродуктивних намірів пацієнтки. Дільничний лікар гінеколог жіночої консультації КДЦ ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС здійснював диспансерний нагляд, проводив необ-

хідні маніпуляції (обробка та зняття швів), контролював темп реабілітації, шляхом клініко-лабораторного та інструментального обстежень, призначав необхідну відновлювальну терапію.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Запропонована модель організації допомоги хворим за схемою «звернення – діагностика – лікування – реабілітація», являється повним циклом надання спеціалізованої гінекологічної допомоги пацієнткам, зокрема з міомою матки. Реалізація запропонованої моделі здійснюється у три етапи, із залученням різних підрозділів багатопрофільного закладу охорони здоров'я, а саме:

I-й етап – жіноча консультація КДЦ ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС, на базі якої охоплення прикріпленого контингенту щорічними профілактичними оглядами та дис –пансеризацією, де застосовується індивідуальна схема реабілітації після оперативного лікування; на підставі комплексної оцінки факторів ризику виникнення патології репродуктивних органів, алгоритм дій щодо профілактики для кожної пацієнтки;

II-й етап – клініка малоінвазивної хірургії – оперативне лікування із застосуванням сучасних ендовідеохірургічних медичних технологій, що дає можливість виконати органозберігаючий обсяг оперативного втручання, який в свою чергу мінімізує негативний вплив чинників хірургічної агресії, скорочує терміни перебування хворих у стаціонарі.

III-й етап – науково-практичний відділ малоінвазивної хірургії (гінекологічний підрозділ), здійснює консультативне, науково-методичне та освітнє забезпечення (усі форми) спеціалістів перших двох рівнів, визначає індивідуальні загальні та соматичні

фактори виникнення (предиктори) розвитку порушень репродуктивного здоров'я жінок, яким надавалась медична допомога, проводить аналіз результатів вітчизняних та зарубіжних наукових досліджень та здійснює інформаційний обмін з іншими науково-дослідницькими вітчизняними та зарубіжними інститутами, що до новітніх консервативних та хірургічних методів лікування міоми матки, інтегрує, адаптує та удосконалює технології малоінвазивних оперативних втручань на статевих органах жінки, розробляє алгоритми індивідуальної профілактики та відновлюваної терапії порушень репродуктивного здоров'я, зокрема при міомі матки.

Одним із основних очікуваних позитивних результатів наданої хірургічної допомоги є покращення якості життя гінекологічних хворих, зокрема пацієнток, прооперованих з приводу міоми матки.

При проведенні опитування, за стандартизованими опитувальниками, нами встановлено, що показники фізичного статусу в динаміці упродовж післяопераційного періоду («інтенсивність болю», «фізичне функціонування», «рольове функціонування», «загальне здоров'я») серед жінок основної групи були помірно нижчими, ніж у здорових жінок та суттєво вищими за відповідні показники групи порівняння (табл.1).

В ході проведеного опитування, нами встановлено, що рівень шкали «інтенсивність болю» у пацієнток основної групи, з часом ставав наближеним до відповідного рівню у здорових жінок (через 1 міс. – 60,53 балу, через 6 міс. – 69,59 балу (зріс на 13,02%), при відповідному рівні контрольної групи 75,28 балу), на противагу – у пацієнток прооперованих традиційним методом і після традиційних методів периопераційного ведення відповідні рівні за шкалою «інтенсивністю болю» упродовж зазначеного

Таблиця 1

Показники фізичного компоненту якості життя у обстежених жінок (згідно опитувальника SF-36, бали)

Групи жінок	n	Інтенсивність болю		Фізичне функціонування		Рольове функціонування		Загальне здоров'я	
		Через 1 міс	Через 6 міс	Через 1 міс	Через 6 міс	Через 1 міс	Через 6 міс	Через 1 міс	Через 6 міс
Основна група	200	60,53±2,72	69,59±2,31	71,33±1,57	74,62±2,07	54,98±3,06	59,0±1,94	57,25±2,30	60,83±1,67
Група порівняння	50	51,52±4,48	54,94±3,06	57,25±2,30	58,00±3,60	59,00±1,94	57,64±3,88	61,01±2,83	63,25±2,29
Здорові жінки	50	75,28±3,5		83,80±2,75		70,50±3,84		77,30±2,82	

Показники психологічного компоненту якості життя у обстежених жінок (згідно опитувальника SF-36, бали)

Групи жінок	n	Психічне здоров'я		Емоційне функціонування		Соціальне функціонування		Життєва активність	
		Через 1 міс	Через 6 міс	Через 1 міс	Через 6 міс	Через 1 міс	Через 6 міс	Через 1 міс	Через 6 міс
Основна група	200	65,58±2,37	67,78±2,58	60,68±2,59	62,85±1,73	62,38±2,37	65,77±2,55	60,24±2,24	65,78±1,77
Порівняльна група	50	61,84±3,73	63,36±4,22	53,33±2,90	56,91±3,81	50,48±3,09	53,75±3,43	48,9±4,51	52,82±3,77
Здорові жінки	50	76,40±3,15		79,26±3,73		70,18±2,32		72,70±2,95	

періоду зросли лише на 6,22% (із 51,52 балу до 54,99 балу відповідно). Компонента «фізичне функціонування» у пацієток основної групи зросла на 3,29 балу (що становить 4,41%), а у групі порівняння – 1,29%. «Рольове функціонування», яке обумовлене фізичним станом пацієток в основній групі, упродовж 6 міс., покращилось, за оцінками опитаних, на 6,81%, у групі порівняння оцінка цього показника навпаки знизилась на 2,36%. За критерієм «загальне здоров'я» оцінка пацієток основної групи зросла на 5,89% (із 54,98 балу через 1 міс. після втручання до 60,83 балу через 6 міс. відповідно).

Психічне здоров'я (ПЗ) – це суб'єктивна оцінка свого настрою пацієнтом за останні чотири тижні (настрій, сон, щастя та ін.). Існує прямий зв'язок – чим вищим є цей показник, тим кращий настрій був у респондента, тим більше упродовж останнього місяця він почував себе спокійним та щасливим. ПЗ у пацієток основної групи через 1 міс. після втручання на 5,7%, а через 6 міс. на 6,52% вищими за відповідні показники у групі порівняння (табл.2).

Показники шкали «соціальне функціонування» в основній та порівняльній групах, в цілому, за пері-

од спостереження, суттєво різнилися поміж собою: у осіб групи порівняння (через 6 міс. після проведення втручання) рівень цієї шкали був на 18,28% нижчим за відповідний у основній групі.

Загалом, проведене опитування показало, що задоволеність результатом лікування пацієток з міомою матки, яким була запропонована наша модель організації допомоги хворим за схемою «звернення – діагностика – лікування – реабілітація», була оцінена як добра та відмінна в 95,1%, що суттєво вище від показника групи порівняння – 78,3%, пацієтки які обслуговувались традиційним способом (табл.3).

ВИСНОВОК

Організація надання медичної допомоги пацієнтам в ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС, з приводу міоми матки дозволила знизити показник ліжко-дня до операції до нуля днів, після операції – до 1,2 дня, а середній термін перебування на лікарняному листі склав 9,6 дня. Запропонована модель організації гінекологічної допомоги оптимізує та покращує результати лікування на кожному етапі – від моменту звернення до повної реабілітації.

Задоволеність периопераційного ведення (за даними анкети)

Результат лікування	Основна група n=200	Порівняльна група n=50
Відмінний	54,9%	18,6%
Добрий	40,2%	59,7%
Задовільний	4,9%	21,6%

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

Запропонована модель організації гінекологічної допомоги, зокрема пацієнткам з міомою матки різної локалізації, в умовах багатопрофільного закладу охорони здоров'я є результатом плідної багаторічної роботи працівників ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС та дає можливість проілюструвати концепцію систематизованого підходу до лікувального процесу

з урахуванням особливостей передопераційного обстеження, визначення показань до оперативного втручання, використання сучасних хірургічних технологій і післяопераційного ведення оперованих пацієнтів фактично в умовах ХСКП,4].

Отримані результати, на наш погляд, можуть бути базовою рекомендацією для гінекологічних відділень та стаціонарів, а також жіночих консультацій.

ЛІТЕРАТУРА

- Okoro Bonaventure. Sovremennye podhody k vyboru lechebnoy taktiki vedeniya bol'nyh s miomoy matki. Uchebnyk. Mizhnarodnyy medichnyy zhurnal. 2016;22 (2): 43-46 .
- Василишин Р. Й. Медико-соціальне обґрунтування інформаційної госпітальної системи управління якістю медичної допомоги: автореф. дис. д-ра мед. наук 14.02.03. 2010. 40 с.
- Шуляк В. І. Медико-соціальне обґрунтування моделі стандартизації медичних технологій на принципах доказової медицини: автореф. дис. канд. мед. наук 14.02.03. 2013. 20 с.
- Татарчук, Т. Ф. Міоматки: лікування з метою довгострокового контролю Жіночий лікар. 2016. 1. С. 3.
- Дячук Д. Д. Медико-соціальне обґрунтування удосконалення системи управління закладом охорони здоров'я: автореф. дис. д-ра мед. наук 14.02.03. 2013. 40 с.
- Зюков О. Л. Обґрунтування структурно-процесного підходу до управління якістю стаціонарної медичної допомоги онкологічним хворим в Україні: автореф. дис. д-ра мед. наук. 14.02.03. 2009. 40 с.
- Наказ № 676 МОЗ України від 31.12.04. Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги. URL: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20041231_676.html (дата звернення 29.09.2017)
- Наказ № 905 МОЗ України від 27.12.06. Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги. Планування сім'ї. URL: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20061227_905.html (дата звернення 29.09.2017)

REFERENCES

- Okoro Bonaventure (2016). Sovremennye podhody k vyboru lechebnoy taktiki vedeniya bol'nyh s miomoy matki. Uchebnyk. Mizhnarodnyy medichnyy zhurnal, 22(2), 43-46.
- Vasylyshyn, R.Y. (2010). Medyko-sotsial'ne obhruntuvannya informatsiyoi hospital'noyi systemy upravlinnya yakystyu medychnoyi dopomohy [Medical and social substantiation of information hospital system of quality management of medical aid:]. – 40.
- Shulyak, V.I. (2013). Medyko-sotsial'ne obhruntuvannya modeli standartyzatsiyi medychnykh tekhnolohiy na pryntsyakh dokazovoyi medytsyny [Medico-social substantiation of the standardization of medical technologies on the principles of evidence-based medicine]. 2013. – 20.
- Tatarchuk, T. F. (2016). Miomamatky: likuvannya z metoyu dovhostrokovoho kontrolyu [Myomatiacs: treatment for long-term control]. Zhinochy lykar, 1, 3.
- Dyachuk, D. D. (2013). Medyko-sotsial'ne obhruntuvannya udoskonalennya systemy upravlinnya zakladom okhorony zdorov'ya [Medico-social substantiation of improvement of the management system of the health care institution]. 40.
- Zyukov, O. L. (2009). Obhruntuvannya strukturno-protsesnoho pidkhodu do upravlinnya yakystyu statsionarnoyi medychnoyi dopomohy onkolohichnym khvorym v Ukrayini [Justification of the structural-process approach to quality management of inpatient medical care for cancer patients in Ukraine]. 40.
- Nakaz 676 MOZ Ukrayiny vid 31.12.04 «Pro zatverdzhennya klinichnykh protokoliv z akushers'koyi ta hinekolohichnoyi dopomohy». Available from: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20041231_676.html
- Nakaz 905 MOZ Ukrayiny vid 27.12.06 «Pro zatverdzhennya klinichnoho protokolu z akushers'koyi ta hinekolohichnoyi dopomohy «Planuvannya sim»yi» Available from: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20061227_905.html

Резюме

ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С МИОМАМИ МАТКИ

О. Литвак, Б. Хабрат, Б. Лысенко, А. Хабрат

Государственное научное учреждение «Научно-практический центр клинической и профилактической медицины»
Государственного управления делами, Украина, г. Киев

Введение. В этой статье приведен поэтапный алгоритм лечения миомы матки. Хирургия оптимизирована по индивидуальному и дифференцированному подходу методом миниинвазивной хирургии в зависимости от современной топографической классификации подслизистых маточной миомы.

Авторами предложена модель медицинской помощи, созданная в нашей клинике для пациентов любого возраста с миомой матки - последовательные, комплексные терапевтические и профилактические меры, которые предпринимаются шаг за шагом.

Материалы и методы исследования. Проведено комплексное обследование 200 пациенток (основная группа), которые были прооперированы по предложенному алгоритму с применением эндовидеохирургических технологий ко всем клиническим случаям миомы матки, в контрольную группу занесены 50 практически здоровых женщин. Группу сравнения составили 50 пациенток, с соответствующей патологией, после традиционных методов периоперационного ведения и оперативного лечения миомы матки.

При отсутствии противопоказаний, в раннем послеоперационном периоде, проводилась ранняя активизация больного. Кроме вышесказанного, одним из эффективных способов предупреждения назокамиальных инфекций считается краткосрочное пребывание пациента в стационаре, поэтому выписка пациенток происходила в условиях отсутствия осложнений в течение 24-48 часов после оперативного вмешательства. Всех пациенток опрошено согласно стандартизированного опросника SPF-36, с целью оценки качества их жизни.

Результаты и их обсуждение. Одним из основных ожидаемых положительных результатов предоставленной хирургической помощи является улучшение качества жизни гинекологических больных, в частности на пациенток, прооперированных по поводу миомы матки. При проведении опроса, нами установлено, что показатели физического статуса в динамике наблюдения в послеоперационном периоде («интенсивность боли», «физическое функционирование», «ролевое функционирование», «общее здоровье») у женщин основной группы были умеренно ниже, чем у здоровых женщин и существенно выше соответствующих показателей группы сравнения.

Выводы. Организация оказания медицинской помощи пациентам в ГНУ «НПЦ ПКМ» ГУД, по поводу миомы матки позволила снизить показатель койко-дня до операции к нулю дней, после операции - до 1,2 дня, а средний срок пребывания на больничном листе составил 9,6 дней. Предложенная модель организации гинекологической помощи оптимизирует и улучшает результаты лечения на каждом этапе - от момента обращения в полной реабилитации.

Ключевые слова: миома матки, гистероскопия, лапароскопия, миомэктомия, качество жизни, специализированная гинекологическая помощь, стационар с краткосрочным пребыванием, сохранения репродуктивного здоровья.

Summary

SURGICAL TREATMENT OPTIMIZATION FOR REPRODUCTIVE AGE PATIENTS WITH UTERINE FIBROIDS

O. Lytvak, B. Khabrat, B. Lysenko, A. Khabrat

State Institution of Science «Research and Practical Centre of Preventive and Clinical Medicine»
State Administrative Department, Kyiv, Ukraine

Introduction. This article provides a systematic algorithm for managing uterine fibroids. Surgery is optimized for an individual and differentiated approach for methods of mini-invasive surgery, depending on the current topographic classification of submucosal uterine fibroids.

The authors propose a model of medical care, created in our clinic for patients of any age from uterine fibroids – sequential, complex therapeutic and preventive measures, which are carried out step by step.

Materials and methods. A comprehensive survey of 200 patients (the main group) that was operated on the proposed algorithm using endovideo-surgical techniques to all clinical cases of the uterine myoma was conducted, and 50 healthy women were assigned to the control group. The comparison group consisted of 50 patients, with the corresponding pathology, following the traditional methods of perioperative management and surgical treatment of uterine fibroids.

In the absence of contraindications, in the early postoperative period, an early activation of the patient was performed. In addition to the above, one of the effective ways of preventing nasocam infections is the short-term stay of the patient in a hospital, which is why the patient's discharge was carried out in the absence of complications within 24-48 hours after surgery.

All patients were polled according to the standardized questionnaire SPF-36 in order to assess their quality of life.

Results and discussion. One of the main expected positive results of the provided surgical care is the improvement of the quality of life of gynecologic patients, in particular patients treated for uterine fibroids. During the survey, we found that the indicators of physical status in the dynamics of follow-up in the postoperative period («pain intensity», «physical functioning», «role function», «general health») in women of the main group were moderately lower than in healthy women, and significantly higher than the corresponding benchmarks in the comparison group.

Conclusion. The organization of provision of medical care to patients in the SIS «RPC PCM» SAD, on uterine fibroids allowed reducing the bed-day to the operation to zero days, after the operation - up to 1.2 days, and the average length of stay on the hospital letter was 9.6 days. The proposed model of the organization of gynecological care optimizes and improves the results of treatment at each stage - from the moment of treatment to full rehab.

Keywords: uterine fibroids, leiomyoma, hysteroscopy, laparoscopy, myomectomy, quality of life, advanced gynecological care, short stay hospital department, reproductive health preservation.

ІНФОРМАЦІЯ ПРО АВТОРІВ:

Elena O. Lytvak, Ph.D.

leading researcher of the Scientific Department of Minimally Invasive Surgery
State Institution of Science «Research and Practical Centre of Preventive and Clinical Medicine» State Administration Department.

Boris V. Khabrat, Ph.D.

leading researcher of the Scientific Department of Minimally Invasive Surgery
State Institution of Science «Research and Practical Centre of Preventive and Clinical Medicine» State Administration Department.

Boleslav M. Lysenko, Ph.D.

Senior Researcher of the Scientific Department of Minimally Invasive Surgery
State Institution of Science «Research and Practical Centre of Preventive and Clinical Medicine» State Administration Department.

Anton B. Khabrat,

obstetrician-gynecologist of the surgical in-patient department
State Institution of Science «Research and Practical Centre of Preventive and Clinical Medicine» State Administration Department.

Address: 5, Verkhnya St., Kiev, Ukraine, 01014, Kyiv, Ukraine,
tel.: +38 (044) 284-71-07