

## МЕДСЕСТРИНСЬКИЙ НАГЛЯД ЗА ХВОРИМИ НА ГЕНІТАЛЬНИЙ ПРОЛАПС ТА ОЖИРІННЯ

**Р. А. Сафонов, В. В. Лазуренко, В. І. Черепова, П. О. Гордієнко**

*Харківський національний медичний університет  
Харківський регіональний перинатальний центр*

Актуальність генітального пролапсу (ГП) зумовлена його високою частотою (20–50 % випадків), з них матковий пролапс спостерігають у 14–16 %, цистоцеле – в 30–35 %, ректоцеле – у 18–20 % пацієнок. Досить часто відзначають комбінацію ГП із ожирінням, що погіршує перебіг основного захворювання. Ефективність лікування генітального пролапсу більшою мірою залежить від якісного післяопераційного догляду, в якому велику роль відіграє медсестринський нагляд, особливо у пацієнок із ожирінням та генітальним пролапсом. Основним завданням медсестри є чітке виконання вказівок лікаря. У післяопераційний період дозволено вставання із ліжка у звичайному режимі на наступну добу після операції, із мінімізацією навантаження на промежину. Сечовий катетер встановлюють після операції на одну добу, призначають електростимуляцію сечового міхура. Шляхом катетеризації або ультразвукового дослідження сечового міхура визначають кількість залишкової сечі після 1-ї доби, яка повинна бути не більше 100 мл, у цьому випадку катетер залишають на 2–3 доби із додатковим призначенням електростимуляції сечового міхура та внутрішньовенним введенням 1 мл 0,05 % розчину прозерину 1 раз на добу. Режим харчування – звичайний. Призначають низькомолекулярні гепарини через 6–12 год після операції. З 1-ї до 14-ї доби після операції хворим призначають вагінальні супозиторії з бетадином, а з 15 до 28 доби – вагінальні супозиторії з гіалуроновою кислотою. Отримано такі результати оперативного лікування: рецидиви, інфекційні ускладнення, диспареунія та тазовий біль в досліджуваних жінок протягом року після оперативного втручання не спостерігали.

## NURSING CARE FOR PATIENTS WITH GENITAL PROLAPSE AND OBESITY

**R. A. Safonov, V. V. Lazurenko, V. I. Cherepova, P. O. Hordiyenko**

*Kharkiv National Medical University  
Kharkiv Regional Perinatal Center*

The relevance of genital prolapse is caused up by the high frequency of development (in 20–50 % of cases: uterine prolapse is 14–16 %, cystocele – 30–35 %, rectocele – 18–20 %). The combination of GP and obesity is often found, which worsens the course of underlying disease. The efficiency of GP's treatment mostly depends on qualitative postoperative care, in which a great role is played by a nurse, especially in obese women. The main task of a nurse is to strictly follow doctor's instructions. In the postoperative period, it is allowed to get out of bed in the normal mode the day after surgery, but with minimization of the load on the perineum. Urinary catheter is inserted for 1 day after an operation, also an appoint electrical stimulation of the bladder is prescribed. The catheterization or ultrasound diagnostics of the bladder determines the amount of residual urine after the first day after operation, which should be less than 100 ml. If it is more than 100 ml, the catheter will be left for 2–3 days with additional appointment of electrical stimulation of the bladder and intravenous administration of 1 ml of 0.05 % proserine solution once a day. The diet is normal. Low molecular weight heparins are prescribed 6–12 hours after operation. From 1 to 14 days after operation, patients are prescribed vaginal suppositories with betadine, and from 15 to 28 days - vaginal suppositories – "Revitax". Analyzing the results of the operative treatment, following outcomes were obtained: relapses, infections, dyspareunia and pelvic pain in women who had been examined within a year after an operation, were not seen.

**Вступ.** Генітальний пролапс (ГП) вкрай негативно відображається на якості життя пацієнок. Згідно зі світовими даними, 20–50 % жінок відзначають ті чи

інші його прояви. Серед жінок перименопаузального віку частота виявлення маткового пролапсу складає 14–16 %, цистоцеле – 30–35 %, ректоцеле – 18–20 % [1, 2].

У більшості випадків ГП має практично безсимптомний перебіг, що свідчить про його більшу поширеність в популяції. Однак при наявності симптомів ГП кожна 5-та жінка має ризик бути прооперованою з приводу ГП або нетримання сечі.

Досить часто ГП спостерігають у жінок із ожирінням, особливо в період менопаузи. На сьогодні ожиріння є дуже серйозною проблемою сучасного суспільства. За даними досліджень протягом останніх 5 років, від ожиріння страждають близько 13 % дорослого населення планети, серед них – приблизно 15 % жінок. Ожиріння є одним із факторів ризику розвитку таких захворювань, як серцево-судинні захворювання (інфаркти та інсульти), захворювання опорно-рухової системи та деякі онкологічні захворювання (в тому числі рак ендометрія, молочної залози, яєчників, печінки). Найчастіше ГП у поєднанні з ожирінням супроводжується такими симптомами: дискомфорт, пов'язаний із зяючим входом у піхву, стресове нетримання сечі, затримка дефекації, дискомфорт під час статевого акту, поява неприємних відчуттів у сидячому положенні, відчуття чужорідного тіла у піхві. Враховуючи причини пролапсу та його стадії, використовують консервативне (показане при 1–2 стадіях ГП) та хірургічне лікування (показане при 3–4 стадіях ГП).

Протягом багатьох років методом вибору хірургічного лікування ГП була пластика дефекту тазового дна власними тканинами, яка давала високий відсоток рецидиву захворювання, що вимагало проведення повторної операції в 30–60 % випадків. З впровадженням синтетичних сітчастих протезуючих пристроїв частота рецидивів ГП значно знизилася (до 10 %), проте зріс відсоток післяопераційних ускладнень (інфекція, диспареунія, тазовий біль) порівняно з традиційними методиками корекції місцевими тканинами.

Ефективність лікування ГП більшою мірою залежить від якісного післяопераційного догляду, в якому велику роль відіграє медсестринський догляд.

Мета роботи – визначити особливості надання медсестринської допомоги жінкам із ГП та ожирінням у післяопераційний період.

**Основна частина.** Під наглядом перебувало 45 хворих, з яких 20 з ГП та ожирінням та 25 пацієнток – з ГП без ожиріння. Дослідження проведено у відділенні оперативної гінекології та ендоскопічних методів лікування Харківської обласної клінічної лікарні, яке є клінічною базою кафедри акушерства

та гінекології № 2 Харківського національного медичного університету. Вивчено особливості надання медсестринської допомоги в підготовці до пластичної операції та в післяопераційному періоді різним групам пацієнток.

Для діагностики ожиріння та визначення його ступеня використано індекс маси тіла (ІМТ): надмірна маса тіла 25,0–29,9, ожиріння I ступеня – 30,0–34,9, II ступеня – 35,0–39,9, III ступеня – більше 40 кг/м<sup>2</sup>. Генітальний пролапс та його ступінь визначали з використанням системи кількісної оцінки ГП (POP-Q) (1996). Пацієнткам призначено клінічний аналіз крові, сечі, біохімічне дослідження крові, коагулограму, електроліти, загальний холестерин, ліпіди, лептин, консультацію терапевта, кардіолога та ендокринолога. Ультразвукове дослідження (УЗД) здійснено для оцінки стану органів малого таза, промежини, тазового дна. Також проведені леваторний тест, Q-tip тест, тест Bonney, урофлоуметрія. Статистичну обробку результатів проведено з використанням програми «Statistica 6» за допомогою персонального комп'ютера.

Середній вік хворих на ГП з ожирінням склав (61,4±5,2) року, пацієнток з ГП – (66,1±4,8) року. Місце проживання досліджених жінок – переважно сільська місцевість, що може бути зумовлено специфікою обслуговування Харківської обласної клінічної лікарні. Більше 90 % жінок основної групи та групи порівняння не працювали, що пояснюється їх пенсійним віком.

Найчастіше спостерігали ожиріння аліментарного генезу, абдомінального типу. ІМТ у жінок з ожирінням склав 35,7±2,6, в групі порівняння – 25,4±1,8. Серед екстрагенітальної патології, крім ожиріння, спостерігали: метаболічну кардіоміопатію, артеріальну гіпертензію, ішемічну хворобу серця, цукровий діабет 2 типу, варикозне розширення вен нижніх кінцівок, коксартроз, спондилоартроз, гонартроз, хронічний пієлонефрит, хронічний гастрит, хронічний холецистит, вузловий зоб.

У групі жінок з ГП без ожиріння переважали артеріальна гіпертензія, ішемічна хвороба серця, варикозне розширення вен нижніх кінцівок.

Варіанти ГП у жінок з ожирінням представлені у вигляді цистоцеле, ректоцеле, неповного та повного випадання внутрішніх статевих органів, гострої затримки сечі, нетримання сечі, уретроцеле, випадання купола піхви, старого післяпологового розриву промежини.

Пацієнтки скаржились на дискомфорт, пов'язаний з зяючим входом у піхву, дискомфорт під час статевого акту, симптоми стресового нетримання сечі, відчуття стороннього тіла в піхві, дискомфорт у сидячому положенні, утруднення при спорожненні сечового міхура, прямої кишки, явища циститу, гостру затримку сечі, трофічні виразки на слизовій поверхні піхвової частини шийки матки.

1–2 стадії ГП виключені з дослідження через призначення консервативного лікування, жінкам із ГП 3–4 стадії призначено оперативне лікування. Екстирпацію матки без придатків через піхву, передню кольпорафію, кольпоперінеорафію з леваторопластиком виконано лише у групі досліджуваних із ГП та без ожиріння – у 6 (24 %) пацієнток. Екстирпація матки без придатків через піхву, сакроспінальна одностороння кольпопексія, передня кольпорафія, кольпоперінеорафія з леваторопластиком виконані у 8 (40 %) пацієнток із ГП та ожирінням та в 12 (48 %) із ГП та без ожиріння. Екстирпація матки без придатків через піхву, сакроспінальна кольпопексія ліворуч з використанням сітчастого протезу POLYMESH, передня кольпорафія, кольпоперінеорафія з леваторопластиком виконані у 12 (60 %) пацієнток із ГП та ожирінням і в 7 (28 %) пацієнток із ГП та нормальною масою тіла. Після операції жінкам призначають вагінальні супозиторії з бетадином (з 1-ї до 14-ї доби) та з гіалуриновою кислотою («Ревітакса») ще протягом 2 тижнів [2]. Отримано такі результати оперативного лікування: рецидиви ГП, інфекційні ускладнення, диспареунія та тазовий біль в досліджуваних жінок протягом року після оперативного втручання не спостерігали. Таким чином, якісний медсестринський нагляд за жінками з ГП та ожирінням значно знижує післяопераційні ускладнення.

У гінекологічному відділенні медична сестра здійснює спостереження, реабілітацію гінекологічних хворих. Медична сестра – це порадник, наставник, помічник лікаря стосовно хворої жінки.

Насамперед медична сестра пильно контролює чітке виконання призначень лікаря. Серед основних обов'язків палатної медичної сестри при наданні допомоги хворим на ГП виділяють: проведення гігієнічного душу або обтирання тіла теплою водою, транспортування хворих до відділення на каталці. У післяопераційний період спостерігає за станом операційної рани та її туалетом, виконує догляд за нею. Медична сестра пильно спостерігає за пацієнтками, звертає увагу на скарги та зміни у стані хворої

та інструктує пацієнтку щодо правильного догляду за післяопераційною раною після виписування зі стаціонару.

У післяопераційний період практикують ранню активізацію хворих – вставання із ліжка дозволено вже на наступну добу після операції. Воно відбувається у звичному режимі, але зі зменшенням навантаження на промежину. Рання активізація пацієнток особливо важлива для хворих на ожиріння, адже тривале лежаче положення становить загрозу тромбоутворення, саме тому медична сестра повинна здійснювати моніторинг за їх станом. Пацієнткам встановлюють сечовий катетер на 1-шу добу та призначають електростимуляцію сечового міхура. Далі визначають кількість залишкової сечі протягом 1-ї доби після операції (шляхом катеризації або УЗД сечового міхура). Якщо кількість сечі на 2-гу добу після операції більша 100 мл, то катетер залишають на 2–3 доби із додатковим призначенням електростимуляції сечового міхура та внутрішньовенним введенням 1 мл 0,05 % розчину прозерину 1 раз на добу. Режим харчування – звичайний. Завдяки використанню спінальної анестезії, як методу знеболювання під час операції, пацієнткам дозволено пити воду через 2 год, споживати їжу через 4 год та вставати з ліжка на наступний день після операції.

Особливу увагу приділяють призначенню антитромботичних лікарських засобів, що надзвичайно актуально у пацієнтів із ожирінням та додатковою супутньою патологією. З цією метою призначають низькомолекулярні гепарини через 6–12 год після операції. Медична сестра виконує догляд за післяопераційною раною. З 1-ї до 14-ї доби після операції хворим призначають вагінальні супозиторії з бетадином (полівідон-йод – 200 мг), а з 15 до 28 доби – вагінальні супозиторії з гіалуриновою кислотою («Ревітакса»). Отримано такі результати оперативного лікування: рецидиви ГП, інфекційні ускладнення, диспареунія та тазовий біль в досліджуваних жінок протягом року після оперативного втручання не спостерігали. Таким чином, перед медичною сестрою постає складне завдання з догляду за пацієнтками у післяопераційний період, саме тому надання якісної медсестринської допомоги жінкам з ожирінням, які були прооперовані з приводу ГП, значно знижує післяопераційні ускладнення.

**Висновки.** Якісний медсестринський нагляд за жінками з ожирінням, які перенесли хірургічне ліку-

вання генітального пролапсу, значно підвищує його результативність. Наразі тема генітального пролапсу є досить актуальною, саме тому в подальшому пе-

ред авторами дослідження постає питання вивчення ролі медсестринського нагляду в післяопераційний період за жінками з генітальним пролапсом та цукровим діабетом.

#### **СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ**

1. Ferrando Cecile A Route of hysterectomy during minimally invasive sacrocolporexy does not affect postoperative outcomes / Cecile A Ferrando // International Urogynecology Journal. – 2019. – Vol. 30 (4). – P. 649–655.

2. Профілактика рецидиву генітального пролапсу у жінок похилого віку після хірургічного втручання / Р. А. Сафонов, В. В. Лазуренко, О. Л. Черняк та ін. // Репродуктивна ендокринологія. – 2020. – № 4 (54). – С. 95–98.

Отримано 10.09.21