

УДК 618.3-06

МИОМА МАТКИ. ЗНАЧЕНИЕ СЕСТРИНСКОГО ПРОЦЕССА

Селиванова Э. Н.

преподаватель

Медицинский колледж

ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского»,

Симферополь, Россия

Пучкина Г. А.

ассистент

Медицинская академия им. С.И. Георгиевского

ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского»,

Симферополь, Россия

Аннотация. Авторы рассматривают роль сестринского процесса при миоме матки. На основании разбора историй болезни 116 пациенток с миомой приводится характеристика заболевших. Преимущественно, это женщины с отягощенным гинекологическим анамнезом, неоднократно лечившиеся по этому поводу. Подчеркивается значение просветительной работы среди девочек с целью уменьшения и предупреждения факторов риска. В этой работе предполагается значительная роль среднего медперсонала.

Ключевые слова: миома матки, сестринский процесс, гинекология.

MYOMA OF THE UTERUS. THE IMPORTANCE OF THE NURSERY PROCESS

Selivanova E.N.

teacher

Medical College,

Crimean Federal University named after V.I. Vernadsky

Simferopol, Russia

Puchkina G. A.

associate Professor,

Medical Academy named after S.I. Georgievsky of Crimean Federal University named after V.I. Vernadsky

Simferopol, Russia

Abstract: The authors consider the role of the nursing process in uterine myoma. Based on the analysis of case histories of 116 patients with myoma, the characteristics of the diseased are given. Mostly, these are women with a burdened gynecological history, repeatedly treated for this matter. Emphasizes the importance of educating girls to reduce and prevent risk factors. In this work, a significant role of nurses is assumed.

Key words: uterine fibroids, sister process, gynecology.

Процесс перехода Крыма в юрисдикцию Российской Федерации сопровождается изменениями во всех сферах жизнедеятельности полуострова, в том числе в образовании и медицинском обеспечении [4, 12]. Среди новаций, с которыми не сталкивались и которые приходится осваивать и внедрять в практическую деятельность среднему медицинскому персоналу лечебных учреждений – сестринский процесс, являющийся стержневой основой дисциплины «Сестринское дело» [11, 13]. В пределах профессиональной компетенции сестринский процесс углубляет взаимоотношения персонала с больными, включая совместный поиск и обсуждение всевозможных проблем, возникающих у пациента, помощь в их решении или устранении [5, 6].

Рабочая программа профессионального модуля учебной дисциплины «Сестринское дело» предусматривает написание выпускной квалификационной работы по заданной теме. В процессе подготовки работы будущие медсестры проводят научное теоретически-практическое исследование с последующей его защитой. Одним из таких исследований было изучение сестринского процесса при миоме матки (ММ).

Миомой матки (фибро- или лейомиомой) называют доброкачественную, гормонозависимую опухоль матки, имеющее широкое распространение среди женщин большинства мировых держав [2, 8]. По данным различных авторов частота встречаемости ММ составляет от 15 % до 17 % у женщин старше 30 лет и от 30 % до 35 % у женщин, достигших пременопаузального возраста. По данным углубленного, в том числе, патологоанатомического исследования, истинная распространенность ММ достигает 77% [1, 14]. Многочисленные исследования последних лет отмечают тенденцию к «омоложению» ММ — появление её у женщин моложе 30 лет, что объясняется как совершенствованием диагностической базы, так и ятрогенными факторами – внедрением «агрессивных» акушерских и гинекологических вмешательств [10]. Среди причин и возможных факторов риска возникновения ММ рассматриваются этнические, генетические аспекты, вредные привычки, питание, различные сексуально-поведенческие расстройства и др. Несмотря на то, что ММ имеет преимущественно доброкачественное течение, она является причиной существенного снижения качества жизни пациенток. Клинически опухоль проявляется тянущими болями внизу живота, нарушением функции соседних органов, маточными кровотечениями, выделениями из половых органов, снижением фертильности, увеличением объёма живота, неассоциированным с повышением массы тела и т.д. [3].

К настоящему времени врачи обладают широчайшим спектром методов выявления и диагностики ММ, как традиционно используемых, так и современных. Обследование пациенток начинается со сбора анамнеза, объективного и специального гинекологического осмотра, общеклинического и биохимического обследования, определение онкомаркеров при наличии показаний. После этого переходят к инструментальным методам диагностики. Назначается ультразвуковое исследование органов малого таза с применением 3/4D технологий, УЗИ почек и экскреторная

урография (так как у примерно 60% больных происходит сдавление мочевыводящих путей с явлениями преклинического гидронефроза), эхогистерография, спиральная/мультиспиральная компьютерная и магнитно-резонансная томография, (особенно при наличии крупных интралигаментарных, низкорасположенных и забрюшинных узлов), раздельно-диагностическое выскабливание матки (для исключения злокачественной трансформации эндометрия), цветное доплеровское картирование [15]. При кровотечениях, сопровождающихся анемией, назначается консультация гематолога или терапевта [7].

Выбор тактики ведения пациенток с ММ происходит в каждом конкретном случае, в зависимости от состояния их здоровья, течения данного заболевания, репродуктивного анамнеза. Выделяют три основных подхода: выжидательный, консервативный (медикаментозный) и активный с воздействием на саму опухоль хирургическим, рентгенологическим и другими способами. В настоящий период времени взгляды ученых устремлены на молекулярную медицину, с помощью которой можно взглянуть на классификацию и лечение болезни совершенно по-другому.

Если раньше гинекологи продолжительное время наблюдали за пациенткой, назначали периодические обследования, а по достижению миомой больших размеров, советовали оперативно удалить или только узел, или вместе с маткой, то в настоящее время доминирует мнение, что удаление матки — мера крайняя. Все более популярны малоинвазивные методики, к примеру, эмболизация маточных артерий [9]. Да и необходимость в каком бы то ни было способе лечения ММ оспаривается. После наступления менопаузы узлы зачастую перестают расти и не причиняют женщинам беспокойства. Так, не следует оперировать бессимптомную множественную ММ небольших размеров, некоторые авторы оспаривают необходимость проведения операции, только на основании клинически диагностированного быстрого роста опухоли вне периода

постменопаузы. Некоторые консервативные способы лечения заболевания после их отмены могут стимулировать развитие новых узлов, а также вызывать рост имеющихся ранее небольших или необнаруженных опухолей. Настоятельная необходимость в прохождении курса терапии определяется несколькими факторами: снижением качества жизни, особенно в сексуальной сфере, анемией, нарушением мочеиспускания из-за сдавления мочевого пузыря, желанием женщины забеременеть.

К бесспорным показаниям для хирургического лечения относят обильные менструальные кровотечения, хроническая боль в области таза, нарушение мочеиспускания, дефекации, газообразования и удаления, превышение размеров опухоли более 12 недель беременности, ускоренный рост опухоли (свыше 4-х недель беременности в течение года наблюдения), продолжение роста опухоли в постменопаузе, подслизистое расположение узла миомы, шеечное, перешеечное и межсвязочное нахождение узлов ММ. Оперативное вмешательство может быть осуществлено, как в плановом, более предпочтительном, порядке (на 5-14-й день менструального цикла), так и в экстренном, в результате «рождения» подслизистого миоматозного узла, дегенеративных изменениях в опухоли, неэффективной антибактериальной и противовоспалительной терапии.

Особенная роль в лечении ММ отводится методам сестринского ухода за пациентками. Неоценима роль медсестер в доклиническом выявлении ММ, как при осуществлении обязательной санитарно-просветительной работы с населением, так и проведении личных доверительных бесед с пациентками лечебных учреждений. При этом обращается внимание женщин на типичные проявления ММ с объяснением необходимости своевременного обращения к гинекологу. Не меньший вклад медицинских сестёр и при ведении больных. При любом методе лечения ММ, пациентки должны получать квалифицированный сестринский уход, устремленный на нивелирование жалоб

и возврат к привычному образу жизни с желательным восстановлением детородной функции.

Целью нашей работы явилось изучение современных методов диагностики, лечения и сестринского ухода при ММ на базе гинекологических отделений Республики Крым.

Материалы и методы исследования. На протяжении января-сентября 2018 года методом изучались истории болезни и операционные журналы 116 стационарных больных. Анализировались жалобы, акушерско-гинекологический анамнез заболевания, социальный статус, данные лабораторных, инструментальных и гинекологического исследований.

Результаты и их обсуждение.

В результате нашего исследования выяснено, что средний возраст больных ММ составляет $32,4 \pm 0,52$ года, вышеназванные показания к оперативному лечению появлялись у них к $44,6 \pm 0,51$ годам. У 95 женщин (что составляло 81,9 %) узлы опухоли были множественными. Пациентки при поступлении предъявляли множественные жалобы, среди них преобладали гиперполименорея (у 70,7 %) женщин, боли внизу живота, запоры, частое мочеиспускание (у 11,2 %), у 17,2 % отмечалось сочетание всех вышеуказанных жалоб. Гинекологическое обследование выявило наличие у 70,7 % пациенток эктопии шейки матки, у 9,5% – кондиломы влагалища, шейки матки, кольпит, и у всех – увеличение матки в размерах.

Изучение менструального и репродуктивного анамнеза выявило, что у большинства женщин (98 %) менструальный цикл был регулярным, менархе началось в возрасте $12 \pm 0,57$ лет; соотношение абортов к родам 2,2:1, у 25,9 % в анамнезе была замершая беременность, у 14,7 % – выкидыши или преждевременные роды, а у 18,1% родовспоможение осуществлено посредством кесарева сечения. Среди указанных в истории жизни перенесенных заболеваний гинекологической сферы все женщины указали на то,

что они многократно проходили лечение по поводу воспалительных процессов гениталий. Эрозия шейки матки диагностирована у 35,3 %, аденомиоз имелся у 30,2 %, полипы эндометрия у 13,8 %, гиперплазия эндометрия у 20,7 %, а у 15,5 % пациенток констатирована апоплексия яичника.

Выборка социального статуса показала, что 69,0 % женщин получили высшее образование, 72,4 % работают или являются служащими, все проживают в удовлетворительных жилищно-бытовых условиях.

76,7 % женщинам перед операцией была произведена гистероскопия, раздельно-диагностическое выскабливание матки. Нами подсчитано, что в 44,0 % случаях пациенткам была проведена надвлагалищная ампутация матки без придатков, в 41,4 % – лапароскопия в объёме экстирпации матки с придатками, в 8,6 % – лапаротомия с консервативной миомэктомией, и только в 6,0 % случаев – эмболизация маточной артерии.

Учитывая социальную значимость и широкую распространенность ММ в женской популяции, разнообразие клинической картины и частую необходимость в оперативном оказании медицинской помощи, выделяют следующие сестринские проблемы. Приоритетные – страх пациенток за исход операции и благополучный исход в будущем. Потенциальные – возможные осложнения после операции. В этой связи возникает потребность в информационном обеспечении пациенток о заболевании и психологической подготовке с закреплением уверенности в благоприятном исходе.

Согласно пяти этапам сестринского процесса, на начальном (I этапе) проводится подробный расспрос пациентки, обращается внимание на характер и интенсивность болей, места их возможной иррадиации, условия возникновения и прекращения. Выявляется наследственный анамнез, наличие подобных заболеваний у родственников (сестры, мать, тёти, бабушки), наличие профессиональных вредностей (химические, радиоактивные вещества), тяжелый физический труд, ночные смены, длительные командировки, стрессы.

Особое внимание обращается на семейно-половой анамнез. Пациентка тщательно расспрашивается по её менструальной и репродуктивной функции. Наличие кровянистых выделений между менструациями возможно при подслизистой ММ, обильные менструации, наличие белей, их цвет, запах и консистенция также могут свидетельствовать о новообразованиях.

В обязательном порядке обращается внимание на состояние сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Во многом от них зависит длительность возможного послеоперационного периода и возвращения женщины к обычной жизни. Особое внимание уделяется соседним органам и их функционированию, особенно к актам мочеиспускания и дефекации. Увеличение матки нарушает их привычное состояние, приводя к запорам и задержке мочи или её недержанию.

Объективное исследование включает в себя и осмотр, как общий, так и местный. Оценивается общее состояние, состояние сознания, походка, положение в постели. Бледность кожных покровов, снижение их тургора и эластичности может свидетельствовать о железодефицитной анемии. Поверхностная пальпация позволяет выявить места болезненности, глубокая пальпация помогает определить размеры, характер поверхности, подвижность и болезненность опухоли.

Следующий (II) этап сестринского процесса заключается в подготовке инструментария, перевязочного и шовного материала, стерильных и дезинфицирующих растворов для различных дополнительных методов исследования (кольпоскопии, пробы Шиллера, биопсии, диагностического выскабливания матки, гистероскопии, лапароскопии, кульдоскопии, гистеросальпингографии, зондирования матки, УЗИ). Также осуществляется подготовка больной к исследованию соседних органов (катетеризация мочевого пузыря, ректороманоскопия, цистоскопия и т.д.).

Медсестра гинекологического стационара проводит предоперационную подготовку пациенток, включающую санитарно-гигиеническую

обработку, катетеризацию мочевого пузыря, тампонаду влагалища, венозный доступ. Она же осуществляет послеоперационный уход, проводя контроль частоты и других характеристик пульса, величины артериального давления, объема и качества физиологических отпавлений, проводит уход за мочевым (подключичным) катетером, делает туалет наружных половых органов, контролирует режим питания, сна, отдыха и двигательную активность пациентки. При необходимости и при наличии соответствующей сертифицированной подготовки, медицинская сестра может участвовать в ходе проведения операции в качестве операционной медсестры.

В заключении нашего исследования можно сделать вывод, что ММ страдают преимущественно женщины с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом, средний возраст пациенток составляет $32,4 \pm 0,52$ года. Этот факт требует более тщательной профилактической, санитарно-просветительной работы с будущими женщинами, начиная со школьного периода. В этой работе большая роль принадлежит и среднему медицинскому персоналу. Следующее заключение состоит в том, что в больницах Крыма не в полной мере применяются современные методы лечения ММ, сохраняется консерватизм в выборе тактики ведения больных.

Библиографический список:

1. Адамян Л.В. Миома матки: диагностика, лечение и реабилитация (клинические рекомендации по ведению больных). – М, 2015. – 99 с.
2. Заболотнов В.А. Атипичная лейомиома матки / В.А. Заболотнов, А.Н. Рыбалка, О.П. Миклин [и др.] // Здоровье женщины. – 2014. – № 2 (88). – С. 55.
3. Кулаков В.И., Манухина И.Б. и др. Гинекология: национальное руководство. – М.: ГЭОТАР-Медия, – 2011. – 1200 с.
4. Куница В.Н. Опыт применения Болонской системы обучения в Российских вузах / В.Н. Куница, С.Н. Чернуха, Л.В. Польская [и др.] //

Оптимизация высшего медицинского и фармацевтического образования: Менеджмент качества и инновации: Мат. III Всероссийской науч.-практ. конф., посв. Дню российской науки. Челябинск, 2015. – С. 66-68.

5. Куница В.Н. К вопросу о юридической ответственности студентов - медиков при прохождении производственной практики / В.Н. Куница, В.В. Куница, Е.В. Куница [и др.] // Оренбургский медицинский вестник. – 2016. – Т.4, №1 (13). – С. 35-38.

6. Куница В.Н. Проблемы и решения прохождения летней производственной практики студентами лечебного факультета в качестве помощника процедурной медицинской сестры / В.Н. Куница, В.В. Куница, М.А. Кривенцов // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2016. – № 3-1. – С. 73-76.

7. Крутиков Е.С. Истоки школы пропедевтики внутренней медицины в Крыму. Батинков Ефим Львович, первый заведующий кафедрой / Е.С. Крутиков, С.Н. Чернуха, Л.В. Польская [и др.] // Таврический медико-биологический вестник. – 2018. – Т.21, №1. – С. 180-183.

8. Памфамиров Ю.К. Органосберегающий подход в лечении миомы матки / Ю.К. Памфамиров, В.А. Заболотнов, О.В. Карапетян [и др.] // Здоровье женщины. – 2013. – № 1 (77). – С. 162.

9. Пучкина Г.А. Клинический случай малигнизации лейомиомы матки после эмболизации маточных артерий / Г.А. Пучкина, Н.М. Романенко, Ю.К. Памфамиров [и др.] // Таврический медико-биологический вестник. – 2015. – Т. 18, № 3. – С. 64-66.

10. Романенко Н.М. Климактерический период в жизни женщины // Крымский терапевтический журнал. – 2015. – № 1, (24). – С. 38-42.

11. Усеинова Э.С. Школа здоровья по сердечной недостаточности. Участие студентов / Э.С. Усеинова, М.А. Сатановский, А.М. Сатановский // Форум молодых ученых. – 2018. – № 8 (24). – С. 738-745.

12.Цветков В.А. Факторы риска развития диабетической автономной нейропатии сердца у больных сахарным диабетом 2-го типа / В.А. Цветков, С.Н. Чернуха, И.А. Вильцанюк [и др.] // Крымский терапевтический журнал. – 2015. – № 4 (27). – С. 76-79.

13.Ширкова Т.Г. Потенциальная роль студентов в профилактике осложнений сахарного диабета / Т.Г. Ширкова, М.А. Сатановский, А.М. Сатановский // Форум молодых ученых. – 2018. – № 8 (24). – С. 805-810.

14.Iashvili T.I. Clinico-morpho-ultrasonographical characteristics of large uterine leiomyoma in females during late reproductive and premenopausal period // Georgian. Med. News. – 2006 – Vol. 139. – P. 40-43.

15.Zarad Khan, Elizabeth A., Stewart.Bening Uterine Diseases.Yen & Jaffe,s Reproductive Endocrinology (Seventh Edition). – 2014. – P. 586-603.

Оригинальность 84%