

**УДК 618.3-06**

**ББК 57.1**

## **МИОМА МАТКИ И ОСОБЕННОСТИ СЕСТРИНСКОГО УХОДА В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ**

Мельник Е.Г., Якименко А.В.

МАОУ ВО «Краснодарский муниципальный медицинский институт  
высшего сестринского образования»  
Краснодар, Россия

Миома матки (фибро- или лейомиома) – это доброкачественная, гормонозависимая опухоль матки и широко распространена среди женщин большинства стран мира.

Частота возникновения миомы матки составляет 15–17% у женщин старше 30 лет и 30–35% у женщин, достигших пременопаузального возраста. Однако в последние годы наблюдается тенденция к «омоложению» миомы матки — возникновение ее у женщин до 30 лет, что обусловлено как совершенствованием диагностики, так и широким распространением «агрессивных» акушерских и гинекологических вмешательств [2,4]. Эпидемиологические исследования выявили ряд факторов риска развития этой опухоли - этнические, генетические, паритет, вредные привычки, питание и др. Несмотря на доброкачественное течение, миома матки является причиной значительного снижения качества жизни женщин. Клинические проявления опухоли связаны с маточными кровотечениями, болью, нарушением функции соседних органов, а также снижением фертильности.

На сегодняшний день медицина обладает обширной базой методов для выявления и точного диагностирования миомы матки, которая включает как традиционно используемые методы, так и современные: ультразвуковое исследование (УЗИ) с использованием 3/4D технологий, эхогистерография,

цветовое доплеровское картирование (ЦДК), спиральная/мультиспиральная компьютерная томография, магнитно-резонансная томография (МРТ) [1,3].

Тактика ведения больных миомой матки включает три основных направления: выжидательное, консервативное и активное воздействие на опухоль. Подход зависит от течения данного заболевания в каждом конкретном случае, состояния здоровья пациентки и ее репродуктивного анамнеза. Виды терапии: консервативное (медикаментозное), хирургическое, рентгенологическое.

Общепринятые показания к хирургическому лечению: обильные менструальные кровотечения, хроническая тазовая боль, нарушение нормального функционирования мочевого пузыря, мочеточников, кишечника), размеры опухоли более 12 не беременности, быстрый рост опухоли (более чем на 4 нед беременности в течение 1 года), рост опухоли в постменопаузе, подслизистое расположение узла миомы, межсвязочное, шеечное и перешеечное расположение узлов миомы, нарушение репродуктивной функции.

Обследование пациенток с миомой матки предусматривает сбор анамнеза, объективный и специальный гинекологический осмотры, общеклиническое и биохимическое обследование, УЗИ органов малого таза. По показаниям: определение онкомаркеров, УЗИ почек и экскреторная урография (у 60% больных имеется сдавление мочевыводящих путей и преклинический гидронефроз), МРТ или КТ (при крупных интралигаментарных, низкорасположенных и забрюшинных узлах), раздельно-диагностическое выскабливание матки (РДВМ) (для исключения злокачественной трансформации эндометрия), консультация гематолога (при кровотечениях).

Хирургическое вмешательство может быть выполнено в плановом порядке (на 5-14-й день менструального цикла) и в экстренном, в следствии «рождения» подслизистого миоматозного узла, дегенеративных изменениях в опухоли, неэффективной антибактериальной и противовоспалительной

терапии [1]. Не является показанием к операции бессимптомная множественная миома матки небольших размеров, а также оспаривается в некоторых национальных рекомендациях, необходимость проведения операции, только на основании клинически диагностированного быстрого роста опухоли вне периода постменопаузы.

Консервативные методы лечения заболевания при отмене могут стимулировать развитие новых узлов, вести к самопроизвольным рецидивам, а также стимулировать рост существовавших ранее небольших или незамеченных опухолей. В настоящее время внимание ученых направлено на молекулярную медицину, которая позволит по-другому взглянуть на классификацию болезни и лечение [6].

Особое место отводится методам сестринского ухода за пациентками с данным гинекологическим заболеванием. Очень велика роль медицинских сестер в раннем выявлении миомы матки, как при проведении санитарно-просветительной работы с населением, так и ведя личные беседы с посетителями лечебных учреждений обращая внимание женщин на типичную симптоматику миомы матки и убеждая их своевременно обращаться к врачу-гинекологу. Какими бы ни были методы лечения миомы матки, пациентка должна получать качественный сестринский уход, направленный на устранение жалоб и возвращение привычного качества жизни и улучшения детородной функции [2,5].

Цель: изучить современные методы диагностики, лечения и сестринского ухода при миоме матки на базе гинекологического отделения МБУЗ «Городская клиническая больница №1» (МБУЗ КГБ №1).

Материалы и методы: Исследование проводилось на базе МБУЗ КГБ №1 в течение сентября-ноября 2015 года методом ретроспективного анализа 58 медицинских карт стационарного больного и операционного журнала отделения. Изучался акушерско-гинекологический анамнез заболевания, жалобы, социальный статус, данные инструментального и гинекологического исследования.

Результат исследования показал, что средний возраст пациенток составляет  $31,6 \pm 0,47$  лет, показания к активному хирургическому лечению появились у них к  $43,7 \pm 0,47$  годам. Установлено, что в 82 % случаев узлы опухоли были множественными. У 74,1% женщин были жалобы при поступлении на гиперполименорею, у 10,3% - боли внизу живота, запоры, частое мочеиспускание, у 15,5% - сочетание вышеуказанных жалоб. Гинекологический статус показал наличие у 71% эктопии шейки матки, у 10% - кондиломы влагалища, шейки матки, кольпит; у всех – увеличение в размерах матки. Изучение менструального и репродуктивного анамнеза показало, что все женщины имели регулярный менструальный цикл, менархе пришлось на возраст  $11 \pm 0,47$  лет; соотношение аборт к родам 1:1, у 26% была замершая беременность, 10% - самопроизвольные выкидыши, у 12,1% были роды посредством кесарева сечения. Анализ перенесенных гинекологических заболеваний указал, что все женщины неоднократно лечились по поводу воспалительных процессов гениталий, в том числе имели эрозию шейки матки, у 39,3% имелся аденомиз, у 10% - полипы эндометрия, железисто-кистозная гиперплазия эндометрия, у 15,5% - апоплексия яичника. Изучение социального статуса показало, что 89,3% женщин имеют высшее образование, 65,5% работают, являются служащими, все проживают в хороших условиях.

Установлено, что пациенткам в 84,5% случаях была проведена лапароскопия в объеме надвлагалищная ампутация матки без придатков, в 44,8% - лапароскопия в объеме экстирпация матки с придатками, 15,5% лапаротомия, консервативная миомэктомия; 20,7%- лапароскопия, миомэктомия, резекция кисты яичника, в 5,1% - эмболизация маточной артерии; 77,5% женщин до операции проведена гистерроскопия, раздельно-диагностическое выскабливание матки.

Учитывая широкую распространенность миомы матки в популяции женщин, разнообразную клиническую картину, оперативность в оказании медицинской помощи выделяют следующие сестринские проблемы:

приоритетные - боязнь пациентки за исход операции, за благополучный исход в будущем; потенциальные – возможные осложнения после операции, в связи с этим возникает необходимость в информировании пациентки о заболевании и уверить ее в благоприятном исходе.

I этап сестринского процесса (сбор информации) сводится к опросу пациентки, обращается внимание на характер болей; выясняется наследственность, путем опроса о наличии заболевания у родственниц (бабушки, матери, сестер); условия труда, профессия больной, наличия профессиональных вредностей (химические вредности, радиация), стрессов, которые могут быть причиной новообразований. Подробно опрашивается больная по ее менструальной и репродуктивной функции. Так, например, при подслизистой миоме матки возможны кровянистые выделения между менструациями, которые могут быть обильными, наличие белей также может говорить о новообразованиях, при этом выясняется их цвет, запах, консистенция. Обращается внимание на изменение функции соседних органов (мочеиспускания, дефекации). Так, смещение миомой матки кишечника может приводить к жалобе на запоры. Мед.сестра осуществляет объективный осмотр по системам и органам, и при общем осмотре фиксируется бледность кожных покровов, часто вызываемый железодефицитной анемией, а при глубокой пальпации опухоли определяет ее поверхность: гладкая (единичный узел миомы), бугристая (множественная миома), подвижность.

II этап сестринского процесса сводится к подготовке инструментов, перевязочного материала, растворов для дополнительных методов исследования (кольпоскопия, проба Шиллера, биопсия, диагностическое выскабливание матки, гистероскопия, лапароскопия, кульдоскопия, гистеросальпингография, зондирование матки, УЗИ), а также готовит больную к исследованию соседних органов (катетеризация мочевого пузыря, ректороманоскопия, цистоскопия и т.д.).

В условиях гинекологического отделения, медсестра осуществляет предоперационную подготовку больной (санитарно-гигиеническая обработка, катетеризация мочевого пузыря, тампонада влагалища, контакт с веной); проводит послеоперационный уход (контроль пульса, артериального давления, функция физиологических отправления, уход за мочевым (подключичным) катетером, наружных половых органов, режимом питания, двигательной активностью пациентки). Кроме того, имея соответствующую сертифицированную подготовку, участвует в операциях в качестве операционной сестры.

Регулярные административные проверки и ежедневный контроль со стороны старшей сестры отделения за работой медсестер не выявило серьезных нарушений в наблюдении, уходе за больными, отсутствовали жалобы со стороны пациенток и их родственников.

Выводы: 1. Пациентки с миомой матки имеют отягощенные акушерско-гинекологический анамнез, средний возраст  $31,6 \pm 0,47$  лет, в 82 % случаев опухоль была с множественными узлами, что не противоречит литературным данным. 2. В гинекологическом отделении МБУЗ КГБ №1 применяется весь спектр современных оперативных вмешательств по поводу миомы матки, преимущественно гистероскопия (78%), лапароскопия (85%). 3. Исходя из клиники миомы матки, отягощенного анамнеза больных, видов оперативной помощи, результата административных проверок средний медицинский персонал отделения оказывает квалифицированный уход за пациентками.

#### Литература:

1. Адамян Л.В. Миома матки: диагностика, лечение и реабилитация (клинические рекомендации по ведению больных). – М., 2015.- 99с.
2. Кулаков В.И., Манухина И.Б. и др. Гинекология: национальное руководство. – М.: ГЭОТАР-Медия, - 2011.-1200с.
3. Лихачев В.К. Практическая гинекология: руководство для врачей. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2007. – 664с.

4. Рис М, Хоуп С., Охлер М.К. и др. Диагностика и лечение в гинекологии Проблемный подход./ пер. сангл. Под ред. В.Н. Прилепской – М.: ГЭОТАР-Медия, - 2010.-320с.
5. Фролов О.Г., Николаева Е.И. и др. Организация первичной акушерско-гинекологической помощи в условиях реформирования здравоохранения. // Акуш.и гинекол.-2007. - №3. – С.59-60.
6. Zarad Khan, Elizabeth A., Stewart.Bening Uterine Diseases.Yen α Jaffe's Reproductive Endocrinology (Seventh Edition). – 2014. - P.586-603.