

Особливості медико-соціальних факторів при проведенні органозберігаючих операцій у жінок репродуктивного віку

О. Т. Ткаченко

Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика,
м. Київ

Мета дослідження: проаналізувати медико-соціальні фактори при проведенні органозберігаючих операцій у жінок репродуктивного віку.

Матеріали та методи. За результатами клініко-статистичного дослідження первинної медичної документації гінекологічного стаціонару викопіювані дані з 520 історій хвороби гінекологічних пацієнток, яким виконувалися функціонально-щадні операції. Було проаналізовано структуру і динаміку гінекологічних захворювань, визначено питому вагу органозберігаючих операцій з різними видами доступів і об'єму хірургічного лікування. З цієї групи гінекологічних хворих була відібрана (з дотриманням правил статистичної і клінічної вибірки) основна група (224 жінки) і група порівняння (108 жінок), яка була розділена на дві підгрупи (після радикальних операцій і після консервативної терапії), зіставних за віком, стадією і тяжкістю захворювання.

Критеріями включення в основну групу були жінки зі специфічними гінекологічними захворюваннями (опущення передньої і задньої стінки піхви II, III ступеня, з елонгацією шийки матки, цистоцеле і ректоцеле; міомою матки різної форми і розмірів до 16–17 тиж вагітності; доброякісні утворення придатків матки та апоплексія яєчників у жінок репродуктивного віку).

Результати. Представлено аналіз структури госпіталізованих на оперативне лікування, аналіз динаміки клініко-функціональних станів і ефективність функціонально-щадних гінекологічних операцій. У структурі госпіталізованих для хірургічного лікування жінок більш питому вагу становили хворі з доброякісними утвореннями придатків матки (36,6%), з опущенням передньої і задньої стінки піхви II, III ступеня (30,4%), з міомою матки різної форми і розмірів (20,9%) і з апоплексією яєчників (12,1%).

Результати клінічного і клініко-статистичного аналізу свідчать, що у 33,0% жінок із пролапсом геніталій II–III ступеня реконструктивно-відновлювальні операції виконані вагінальним доступом; манчестерська операція (76,3%); передня і задня кольпорафія, репозиція сечового міхура, фіксація сечівника, відновлення м'язів тазового дна (23,7%). Жінкам з міомою матки виконана консервативна міомектомія (21,0%) шляхом череворозтину за Пфанненшті-

лем (97,8%). Органозберігаючі операції у жінок з доброякісними утвореннями придатків виконані в основному лапароскопічним методом (97,3%), зокрема: цистектомія (46,7%); резекція яєчника (26,6%); аднексектомія (12,4%); цистектомія з одного боку і резекція яєчника з іншого боку (11,4%).

Функціонально-щадні операції на придатках матки становили 66,6% зі всіх проведених операцій.

Висновки. Проведений порівняльний аналіз клініко-функціональних станів у жінок на різних етапах спостереження свідчить, що більше половини гінекологічних хворих (53,4%) скаржилися на наявність больового синдрому внизу живота різної інтенсивності. Виявлені тривалі терміни прояву болю до госпіталізації (протягом місяця до госпіталізації болю відзначали 61,3% жінок, у 15,3% біль тривав більше півроку). Через 6 міс після операції періодичний тягучий біль внизу живота відзначали лише 24,7% жінок, а у віддаленому періоді – 18,6% жінок. Майже у половини хворих (45,2%) в анамнезі зафіксовано порушення менструального циклу, а 31,9% жінок порушення менструального циклу непокоїло більше 6 міс. Отримані дані необхідно використовувати при проведенні діагностичних та лікувально-профілактичних заходів.

Ключові слова: медико-соціальні фактори, органозберігаючі операції, репродуктивний вік.

Проведення органозберігаючих гінекологічних операцій має бути направлене не лише на збереження репродуктивної функції, але і на досягнення ефективності лікування з поліпшенням якості життя [1–3]. Це зумовлює необхідність проведення порівняльного аналізу ефективності функціонально-щадних операцій при різних гінекологічних захворюваннях з оцінкою динаміки показників якості життя до і після оперативних втручань [4–6].

При обґрунтуванні і вдосконаленні організаційно-клінічних форм спеціалізованої медичної допомоги необхідно аналізувати показники якості соціальної, медичної та економічної ефективності [7–9]. Доцільним є використання методів прогнозування з оцінкою ефективності функціонально-щадних операцій, які проводяться на етапах лікування і реабілітації, що забезпечують необхідну якість життя [10, 11].

Отже, представлено клініко-статистичне і медико-соціальне дослідження з аналізом ефективності хірургічного лікування та якості життя жінок після функціонально-щадних гінекологічних операцій є актуальним.

Мета дослідження: аналіз медико-соціальних факторів при проведенні органозберігаючих операцій у жінок репродуктивного віку.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

За результатами клініко-статистичного дослідження первинної медичної документації гінекологічного стаціонару викопіювані дані з 520 історій хвороби гінекологічних хворих, яким виконувалися функціонально-щадні операції.

Було проаналізовано структуру і динаміку гінекологічних захворювань, визначено питому вагу органозберігаючих операцій з різними видами доступів і об'єму хірургічного лікування. З цієї групи гінекологічних хворих була відібрана (з дотриманням правил статистичної і клінічної вибірки) основна група (224 жінки) і група порівняння (108 жінок), яка була розподілена на дві підгрупи (після радикальних операцій і після консервативної терапії), зіставних за віком, стадією і тяжкістю захворювання.

Критеріями включення в основну групу були жінки зі специфічними гінекологічними захворюваннями (опущення передньої і задньої стінки піхви II, III ступеня, з елонгацією шийки матки, цистоцеле і ректоцеле; міомою матки різної форми і розмірів до 16–17 тиж вагітності; доброякісні утворення придатків матки і апоплексія яєчників у жінок репродуктивного віку).

За участю автора проводилися об'єктивні, клінічні і гінекологічні обстеження. Вивчалася динаміка основних видів функціонування (до операції, на 6–10 добу після операції, через 6 міс і 2 роки після операції), а саме:

- соціально-гігієнічне і фізичне функціонування;
- соціально-побутова адаптація і самостійність;
- соціальна активність і життєздатність;
- психоемоційний стан;
- профілактична активність і медична діяльність по зміцненню репродуктивного здоров'я;
- вираженість симптомів і патологічних станів (з оцінкою клінічного стану і даних об'єктивних гінекологічних обстежень);
- вплив хвороби на види функціонування;
- суб'єктивна оцінка діяльності медичних установ з аналізом доступності і якості медичної допомоги на етапах лікування;
- оцінювання стану здоров'я (кратність звернень по медичну допомогу, наявність супутньої патології, вплив на види функціонування тощо).

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати медико-соціального аналізу свідчать, що у віковій структурі обстежуваних переважає група жінок репродуктивного віку до 40 років (56,3%). Обстежені жінки з наявністю гінекологічних захворювань за шкалою соціально-гігієнічного функціонування ($62,9 \pm 0,9$ бала) мають менш сприятливі показники, ніж у середньому в жінок, які проживають у містах ($73,2 \pm 0,2$).

Проаналізовано кореляційну залежність і функціональну значущість ($F = 17,6$ при $p < 0,001$) між показниками шкали соціально-гігієнічного функціонування і рівнем соціально-економічного благополуччя сім'ї. Встановлено достовірне погіршення показників соціально-гігієнічного функціонування у жінок старших вікових груп (до 40 років – $67,7 \pm 1,1$ бала; 40–49 років – $58,1 \pm 1,8$ бала; 50–59 років – $55,5 \pm 1,8$ бала при $p < 0,01$, $F = 20,6$).

Виявлені закономірності свідчать про виражений вплив на формування гінекологічної патології і на якість життя таких видів життєдіяльності жінок, як:

- тип сім'ї;
- професійна діяльність;
- умови праці;
- господарсько-побутова діяльність;
- соціально-економічне благополуччя сім'ї;
- рівень медичної інформованості і профілактичної активності з установкою на збереження репродуктивного здоров'я тощо ($p < 0,01$).

Серед жінок, що поступили на хірургічне лікування, виявлена висока питома вага самотніх жінок (33,5%), частина з яких не були заміжніми (16,5%), розведені (8,5%) та одиноких матерів з дитиною (8,5%), в яких показники якості життя по соціально-гігієнічному функціонуванню менш сприятливі, ніж у родинних ($p < 0,01$). Виявлено значне число жінок, що проживають в шлюбі, але дітей не мають (11,2%).

У ході розподілу пацієнток на групи ризику професійної діяльності встановлені сприятливі показники якості життя ($67,5 \pm 1,2$ бала) у жінок, які задоволені умовами професійної діяльності, порівняно з групою незадоволених ($56,0 \pm 2,6$ бала; $p < 0,001$). Погіршення показників фізичного функціонування у працюючих жінок зумовило необхідність припинення професійної діяльності (10,3%) і зміни виду праці з меншим фізичним і розумовим навантаженням (33,9%). Основна частина жінок у період хвороби зменшили об'єм господарчо-побутової діяльності (71,0%).

Виявлено несприятливі показники якості життя у жінок за характеристиками господарсько-побутової діяльності та умовах проживання (серед задоволених – $67,5 \pm 1,2$ бала, серед незадоволених – $56,6 \pm 2,6$ бала; $F = 6,9$ при $p < 0,001$). Встановлений вплив умов проживання (23,2% проживають в комунальних умовах і в гуртожитку) на відчуття незадоволення якістю життя «як жінки» і «міського жителя», незадоволенню родинним життям, з частішим і більш вираженим відчуттям втоми і нервозності, відсутністю можливостей дотримувати установки на збереження репродуктивного здоров'я, з вищою питомою вагою жінок, що зловживають курінням і алкоголем, наявністю більшої питомої ваги жінок з патологією вагітності, з числом абортів в анамнезі, з більшою часткою супутніх хронічних форм захворювань тощо ($p < 0,05$).

У жінок наявність гінекологічної патології (особливо у разі необхідності стаціонарного лікування з проведенням хірургічної операції) впливає на погіршення психоемоційного стану та основних показників якості життя. До оперативного лікування основна частина обстежених жінок за показниками психоемоційного стану ($56,7 \pm 1,7$ бала) належали до групи абсолютної ризику, що пов'язано з наявністю тривожності, заклопотаності, страху, депресії, порушенням сну, нестійкості подружніх стосунків, погіршенням психологічної підтримки в сім'ї тощо.

Встановлено недостатній рівень медичної інформованості щодо принципів збереження репродуктивного здоров'я (особливо жінки віком до 29 років). Виявлено, що 36,9% жінок не мають знань про чинники ризику, які спричиняють формування гінекологічної патології, у 46,5% недостатньо знань про методи і засоби первинної профілактики, а 54,3% жінок не проходили медичних профілактичних обстежень.

Представлено аналіз структури госпіталізованих на оперативне лікування, аналіз динаміки клініко-функціональних станів і ефективність функціонально-щадних гінекологічних операцій. У структурі госпіталізованих для хірургічного лікування жінок, більшу частину становили хворі з доброякісними утвореннями придатків матки (36,6%), з опущенням передньої і задньої стінки піхви II, III ступеня (30,4%), з міомою матки різної форми і розмірів (20,9%) і з апоплексією яєчників (12,1%).

Результати клінічного і клініко-статистичного аналізу свідчать, що у 33,0% жінок із пролапсом геніталій II–III ступеня реконструктивно-відновлювальні операції виконані вагінальним доступом: манчестерська операція – у 76,3%; передня і задня кольпорафія, репозиція сечового міхура, фіксація сечівника, відновлення м'язів тазового дна – у 23,7%. Жінкам з міомою матки виконана консервативна міомектомія (21,0%), шляхом череворозтину за Пфанненштілем (97,8%).

Органозберігаючі операції у жінок з доброякісними утвореннями придатків виконані переважно лапароскопічним методом (97,3%), зокрема: цистектомія (46,7%); резекція яєчника (26,6%); аднексектомія (12,4%); цистектомія з одного боку і резекція яєчника з іншого боку (11,4%). Функціонально-щадні операції на придатках матки становили 66,6% зі всіх проведених операцій. У всіх хворих післяопераційний період перебігав без ускладнень з випискою на 7–10 добу.

У значної частини жінок, направлених на хірургічне лікування, виявлено обтяжений акушерсько-гінекологічний анамнез: аборти (45,5%); операції на матці і придатках (20,9%); кесарів розтин (12,9%); мимовільні викидні (8,0%) тощо. У структурі супутніх захворювань переважали хвороби органів дихання (37,0%), хвороби ендокринної системи і порушення обміну речовин (24,5%), фіброаденома грудних залоз (9,8%), хвороби системи кровообігу (8,9%) тощо.

ВИСНОВКИ

Проведений порівняльний аналіз клініко-функціональних станів у жінок на різних етапах спостереження свідчить, що більше половини гінекологічних хворих (53,4%) скаржилися на присутність больового синдрому внизу живота різної інтенсивності. Виявлені тривалі терміни прояву болю до госпіталізації (протягом місяця до госпіталізації біль відзначали 61,3% жінок, а більше 6 міс – 15,3% жінок).

Через 6 міс після операції періодичний тягнучий біль внизу живота відзначали лише 24,7% жінок, а у віддаленому періоді – 18,6% жінок. Майже у половини хворих (45,2%) в анамнезі зафіксовано порушення менструального циклу, а 31,9% жінок порушення менструального циклу непокоїло понад 6 міс.

Отримані дані необхідно використовувати при проведенні діагностичних та лікувально-профілактичних заходів.

Features of medical-and-social factors during a conduct organ-preserving operations for the women of reproductive age

O. T. Tkachenko

The objective: to investigate medical-and-social factors during a conduct organ-preserving operations for the women of reproductive age.

Materials and methods. As a result of clinical-and-statistical research of primary medical document of gynaecological permanent establishment of copies information from 520 medical histories of gynaecological patients, which was executed functionally-sparing operations. A structure and dynamics of gynaecological diseases was analysed, the specific weight of organ-preserving operations was determined with the different types of accesses and volume of surgical treatment. From this group of gynaecological patients a basic group (224 women) and group of comparison (108 women), which parted on 2 sub-groups (after radical operations and after conservative therapy), was selected (with the observance of rules of statistical and clinical selection), comparable on age, by the stage and severity of disease.

Plugging criteria in a basic group were women with specific gynaecological diseases (prolapsus of front and back wall of vagina II, III degree, from the elongation of cervix, cystocele and rectocele; by the uterine fibroids of different form and sizes (to 16–17 weeks pregnancy); of high quality formations of appendages of uterus and by the ovarian apoplexy for the women of reproductive period).

Results. By us the presented analysis of structure of hospitalized on operative treatment, analysis of dynamics clinical-and-functional the states and efficiency functionally sparing gynaecological operations. In the structure of the women hospitalized for surgical treatment, greater specific gravity was made by patients with of high quality formations of appendages of uterus (36,6%), with the prolapsus of front and back wall of vagina II, III degree (30,4%), with the uterine fibroids of different form and sizes (20,9%) and with the ovarian apoplexy (12,1%).

Results clinical and clinical-and-statistical it is testified an analysis, that in 33,0% women with pelvic organ prolapse II-III of degree reconstructive-rehabilitation operations are executed by vaginal access; Manchester operation (76,3%); anterior and posterior colporrhaphy, cystopexy, urethral fixation, pelvic floor muscle recovery (23,7%). With uterine fibroids a conservative myomectomy (21,0%) is executed women, Pfannenshtiel incision (97,8%). Organ-preserving operations for women with of high quality formations of appendages are executed mainly by

a laparoscopic method (97,3%), including: cystectomy (46,7%); ovarian resection (26,6%); adnexectomy (12,4%); cystectomy from one side and ovarian resection on the other side (11,4%). Functionally sparing operations on the uterine appendages were 66,6% from all conducted operations.

Conclusions. A comparative analysis is conducted clinical-and-functional the states for women on the different stages of supervision testifies that more than half of gynaecological patients (53,4%) grumbled about the presence of pain syndrome at the bottom of stomach of different intensity. Found out the protracted terms of display of pains to hospitalization (during a month to hospitalization of pain marked 61,3% women, and 15,3% marked during anymore half-year). In 6 months after an operation periodic pains which heave up, at the bottom of stomach 24,7% women marked only, and in a remote period – there are 18,6% women. Almost in the halves of patients (45,2%) violation of menstrual cycle is marked in anamnesis, and 31,9% women of violation of menstrual cycle disturbed more than 6 months.

Findings must be used for the conduct of diagnostic and treatment-and-prophylactic measures.

Keywords: medical-and-social factors, organ-preserving operations, reproductive age.

Відомості про автора

Ткаченко Ольга Тарасівна – Національний університет охорони здоров'я України імені

П. Л. Шупика, м. Київ

E-mail: pearl.olga@gmail.com

Information about the author

Tkachenko Olha T. – Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv

E-mail: pearl.olga@gmail.com

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Vázquez-Martínez ER, Bello-Alvarez C, Hermenegildo-Molina AL, et al. Expression of Membrane Progesterone Receptors in Eutopic and Ectopic Endometrium of Women with Endometriosis. 2020 Jul 13;2020:2196024. doi: 10.1155/2020/2196024
2. Marquardt RM, Kim TH, Shin JH, Jeong JW Progesterone and Estrogen Signaling in the Endometrium: What Goes Wrong in Endometriosis? Int J Mol Sci. 2019 Aug 5;20(15):3822. doi: 10.3390/ijms20153822.
3. Lessey BA, Young SL. Homeostasis imbalance in the endometrium of women with implantation defects: the role of estrogen and progesterone. Semin Reprod Med. 2024 Sep;32(5):365-75. doi: 10.1055/s-0034-1376355
4. Akoum A, Al-Akoum M, Lemay A, Maheux R, Leboeuf M. Imbalance in the peritoneal levels of interleukin 1 and its decoy inhibitory receptor type II in endometriosis women with infertility and pelvic pain. Fertil Steril. 2008 Jun;89(6):1618-24. doi: 10.1016/j.fertnstert.2007.06.019.
5. Chen P, Wang DB, Liang YM. Evaluation of estrogen in endometriosis patients: Regulation of GATA-3 in endometrial cells and effects on Th2 cytokines. J Obstet Gynaecol Res. 2016 Jun;42(6):669-77. doi: 10.1111/jog.12957.
6. Huang Y, Zeng C, Wu PL, Zhou Y, Peng C, Xue Q, Zhou YF. Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi. Vascular endothelial growth factor is up-regulated by leukemia inhibitory factor and interleukin-6 in human endometriotic stromal cells. 2019 May 25;54(5):324-9. doi: 10.3760/cma.j.issn.0529-567x.2019.05.007.
7. Danastas K, Miller EJ, Hey-Cunningham AJ, Murphy CR, Lindsay LA. Expression of vascular endothelial growth factor A isoforms is dysregulated in women with endometriosis. Reprod Fertil Dev. 2018 Mar;30(4):651-7. doi: 10.1071/RD17184.
8. Verit F.F. Endometriosis, leiomyoma and adenomyosis: the risk of gynecologic malignancy I F.F. Verit, O. Yucel II Asian Pac. J. Cancer Prev. 2023. 14(10):5589-97.
9. Zhou Y, Zhao RH, Tseng KF, Li KP, Lu ZG, Liu Y, Han K, Gan ZH, Lin SC, Hu HY, Min DL. Sirolimus induces apoptosis and reverses multidrug resistance in human osteosarcoma cells in vitro via increasing microRNA-34b expression. Acta Pharmacol Sin. 2024 Apr;37(4):519-29. doi: 10.1038/aps.2015.153
10. Rai, P. The role of DJ-1 in the pathogenesis of endometriosis I P. Rai, S. Shivaji II PLoS One. 2021. 6(3):18074.
11. Donninger H, Schmidt ML, Mezzanotte J, Barnoud T, Clark GJ. Ras signaling through RASSF proteins Semin Cell Dev Biol. 2024 Oct;58:86-95. doi: 10.1016/j.semcdb.2016.06.007