

УДК 614-054.5(477):351.01(470)«713»

DOI <https://doi.org/10.32782/2226-2008-2025-4-11>В. Г. Марічереда <https://orcid.org/0000-0002-1611-3654>С. В. Бусел <https://orcid.org/0009-0000-7684-8110>РЕАБІЛІТАЦІЯ В ОПЕРАТИВНІЙ ГІНЕКОЛОГІЇ:
ДОСВІД УНІВЕРСИТЕТСЬКОЇ КЛІНІКИ

Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна

УДК 614-054.5(477):351.01(470)«713»

В. Г. Марічереда, С. В. Бусел

РЕАБІЛІТАЦІЯ В ОПЕРАТИВНІЙ ГІНЕКОЛОГІЇ: ДОСВІД УНІВЕРСИТЕТСЬКОЇ КЛІНІКИ

Метою дослідження була оцінка ефективності реабілітації після гінекологічних операцій в університетській клініці. На базі Центру реконструктивної та відновної медицини ОНМедУ у 2021–2024 рр. проаналізовано результати 86 пацієнток після гістеректомії з лапароскопічно асистованим вагінальним доступом. Індивідуальні програми формували згідно з протоколами, якість життя оцінювали за HQoL-15D до і після операції та через 3 міс. Контроль – 22 пацієнтки без повного курсу реабілітації. Середній вік груп не відрізнявся ($p > 0.05$). Показано, що комплексна реабілітація достовірно покращує адаптацію та якість життя (фізіологічні відправлення, активність, дискомфорт, дистрес, вітальність, сексуальна сфера), тоді як відхилення від програми погіршують прогноз.

Ключові слова: оперативна гінекологія, реабілітація, якість життя, медичний менеджмент.

UDC 614-054.5(477):351.01(470)«713»

V. G. Marichereda, S. V. Busel

REHABILITATION IN SURGICAL GYNECOLOGY: EXPERIENCE OF A UNIVERSITY CLINIC

Introduction. Rehabilitation is a critical part of gynecological care, as timely recovery ensures return to normal activity and prevents disability. According to WHO, gynecological morbidity accounts for up to 5.1% of years lived with disability in women of reproductive age, with the majority of cases reported in low-income countries such as Ukraine. Despite advances in surgical techniques, the problem of postoperative rehabilitation in gynecology remains insufficiently studied.

The aim of the work. To evaluate the effectiveness of rehabilitation after gynecological surgery under the conditions of a university clinic.

Materials and methods. A prospective study was conducted at the Center for Reconstructive and Restorative Medicine during 2021–2024. The outcomes of 86 patients after laparoscopically assisted vaginal hysterectomy were analyzed. Individual rehabilitation programs were designed according to current protocols. Quality of life (QoL) was assessed with HQoL-15D before and after surgery and at 3-month follow-up. A control group included 22 women after hysterectomy without a full rehabilitation course. The mean age of patients was 37.8 ± 0.6 and 38.2 ± 0.9 years, respectively ($p > 0.05$). Statistical analysis used frequency and variance methods (MS Excel).

Results and discussion. Postoperative recovery was uneventful in all cases; average hospital stay was 2.2 ± 0.1 days. Women in the rehabilitation group reported significant improvements in pelvic function, daily activity, vitality, sexual activity, and reduction of discomfort and distress ($p < 0.05$). In contrast, control patients more frequently experienced abdominal pain, urinary incontinence, and dyspareunia. Deviations from individual rehabilitation programs negatively affected outcomes.

Conclusions. Comprehensive rehabilitation after gynecological surgery significantly improves adaptation and long-term QoL. University clinics provide advantages due to professional capacity, scientific units, and an integrated multidisciplinary environment that ensures effective physical and psychosocial recovery.

Keywords: surgical gynecology, rehabilitation, quality of life, medical management.

Вступ

Реабілітація є важливою частиною лікувального процесу, адже ж повернення пацієнта до звичної трудової та соціальної активності має надзвичайне значення [1–3]. В останні роки створені передумови для максимально ефективного відновлення функцій після оперативних втручань, відпрацьовані реабілітаційні маршрути та засоби впливу на відповідних етапах реабілітаційного процесу. Втім, у доступній літературі питанням реабілітації у гінекологічних хворих приділяється небагато уваги [4, 5].

За даними ВООЗ у жінок фертильного віку гінекологічна патологія обумовлює до 5,1% всіх років, про-

житих з інвалідністю (YLDs) [6]. 84% цих випадків реєструються у країнах з низьким рівнем доходів, до яких належить і Україна [7]. Тому вчасний початок реабілітаційних заходів є запорукою зменшення числа випадків інвалідності та прогресування/рецидивування хвороби [6, 8]. Особливо складним є відновлення у хворих з злоякісними пухлинами репродуктивних органів, коли поряд із радикальним хірургічним втручанням застосовується хіміотерапія та, за потреби, радіотерапія [9].

У багатопрофільних клініках сьогодні створюються умови до ранньої активізації хворих після гінекологічних оперативних втручань, до широкого використання полімодальних впливів у форматі комплексної реабілітації [10, 11]. Певні переваги при цьому мають університетські клініки, кадровий потенціал яких з одного боку представлений клініцистами-науковцями, а з іншого – молодими фахівцями, які продовжують своє навчання на додипломному або післядипломному рівні [12].

© В. Г. Марічереда, С. В. Бусел., 2025

Стаття поширюється на умовах ліцензії



Метою дослідження була оцінка ефективності реабілітації після гінекологічних оперативних втручань в умовах функціонування університетської клініки/

Матеріал та методи

Дослідження проведене на базі Центру реконструктивної та відновної медицини Одеського національного медичного університету у 2021-2024 роках відповідно до протоколу №10 від 13.09.2021 року. У дослідженні були реалізовані заходи для забезпечення безпеки та прав пацієнток, людської гідності та стандартів етики згідно принципам Гельсінської декларації, Європейської конвенції з прав людини та діючих Законів України. У кожного пацієнта було отримано інформовану згоду після ретельного пояснення характеру та обсягу досліджень. Після отримання згоди пацієнта на використання даних з медичної документації вжиті усі необхідні заходи для дотримання правил анонімності та конфіденційності. Проаналізовані результати лікування і реабілітації 86 пацієнток, яким виконувалася гістеректомія з придатками із застосуванням лапароскопічно асистованого вагінального доступу. Середній вік обстежених жінок склав $37,8 \pm 0,6$ років. Структура показів до оперативного лікування наведена на рисунку 1.

Індивідуальні програми реабілітації та абілітації були складені відповідно до чинних клінічних протоколів [13, 14]. Всі пацієнтки до та після операції, а також через три місяці після виписки зі стаціонару були опитані з використанням інструменту HQoL-15D [15]. Субшкалами опитувальника є рух, зір, слух, дихання, сон, їжа, мова, виділення, звичайна діяльність, психічні функції, дискомфорт і симптоми, депресія, дистрес, життєздатність і сексуальна активність. Кожен вимір містить одне запитання з 5 варіантами відповідей, які відображають стан здоров'я пацієнта [15].

У якості контролю проаналізована якість життя (ЯЖ) 22 пацієнток, яким було виконано гістеректомію, та які з різних причин не пройшли повний курс комп-

лексної реабілітації. Середній вік пацієнток контрольної групи склав $38,2 \pm 0,9$ років.

Статистична обробка виконана методами частотного та дисперсійного аналізу з використанням програмного забезпечення MS Excel (Microsoft Inc., США) [16].

Результати та обговорення

Перебіг післяопераційного періоду у всіх жінок був неускладнений. В залежності від того, який оперативний доступ був застосований у пацієнток був присутній незначний біль у ділянці введення троакара. Середні тривалість перебування в стаціонарі склала $2,2 \pm 0,1$ дня, усі пацієнтки були активні вже у перший день після операції. Протягом перших шести тижнів були обмежені інтенсивні фізичні навантаження, сексуальна активність. Значна увага приділялася фізичній терапії, вправам для зміцнення м'язів тазового дна, емоційному відновленню.

Через три місяці пацієнтки основної групи відзначали відсутність болів, порушень функції тазових органів, тоді як у контрольній групі у 9 (40,9%) випадках відзначався помірний біль у нижній частині живота, у 4 (18,2%) випадках – стресове нетримання сечі, у 3 (13,6%) – диспауренія. Відмінності між групами є достовірними ($\chi^2=73,4$ $p<0,001$).

При оцінці якості життя за HQoL-15D встановлено, що у пацієнток основної групи за субшкалами фізіологічних відправлень, дискомфорту, звичної активності, дистресу, вітальності та сексуальної активності відбулися позитивні зміни, тоді як у контрольній групі позитивна динаміка була менш вираженою (рис. 2). Так, у I групі показник за субшкалою функціонування тазових резервуарів зріс з $0,78 \pm 0,03$ балів до $0,95 \pm 0,02$ балів ($p<0,05$), а у II групі – з $0,75 \pm 0,09$ балів до $0,84 \pm 0,08$ балів ($p>0,05$). За субшкалою звичайної активності у I групі відбулося збільшення з $0,72 \pm 0,04$ балів до $0,91 \pm 0,09$ балів ($p<0,05$), а у II групі – з $0,74 \pm 0,05$ балів до $0,86 \pm 0,11$ балів ($p>0,05$). Найбільш виражений прирост спостерігався за субшкалою дискомфорту (XI) –

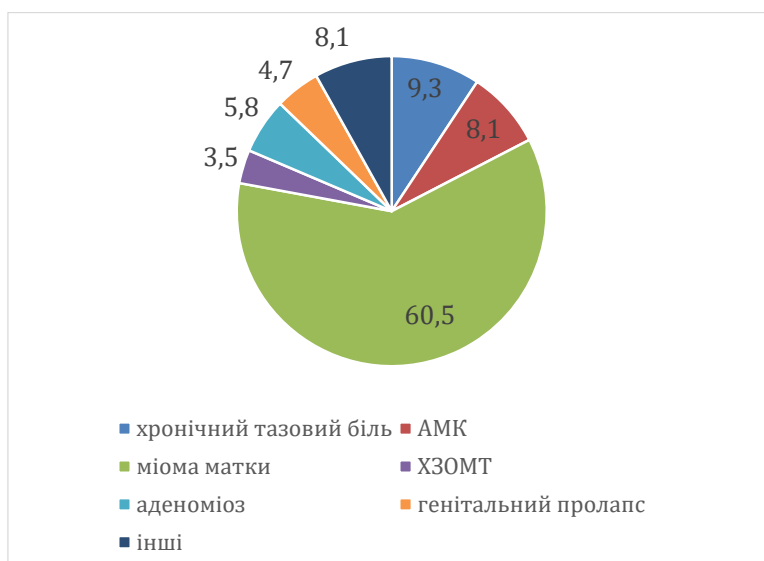


Рис. 1. Структура показів до гістеректомії

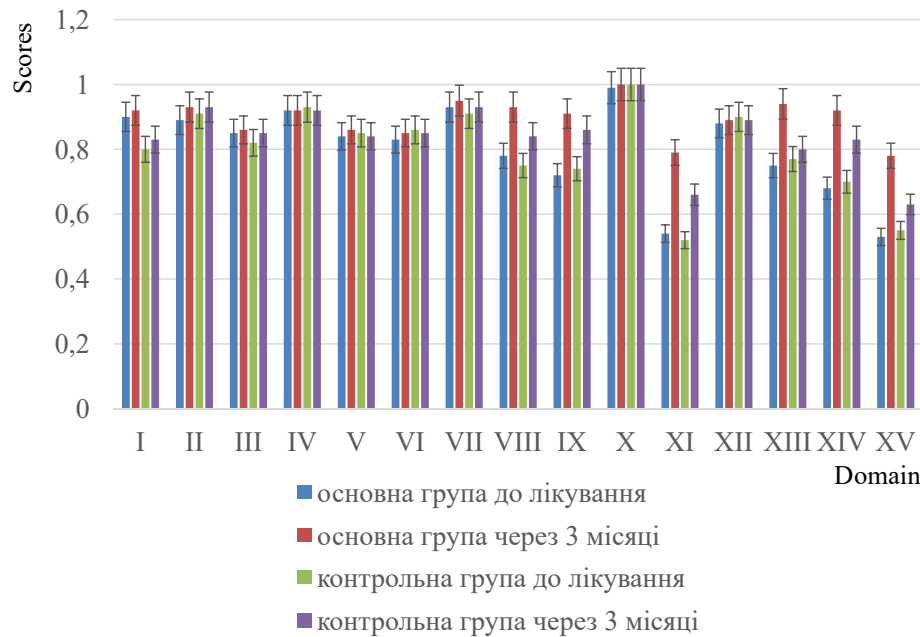


Рис. 2. Динаміка якості життя у пацієнток після гістеректомії

з $0,54 \pm 0,04$ балів до $0,79 \pm 0,05$ балів у I групі ($p < 0,05$), та з $0,52 \pm 0,06$ балів до $0,66 \pm 0,08$ балів ($p > 0,05$) у II групі.

За субшкалою дистресу показники зросли з $0,75 \pm 0,05$ балів до $0,94 \pm 0,06$ балів у I групі ($p < 0,05$), та з $0,77 \pm 0,07$ балів до $0,80 \pm 0,08$ балів ($p > 0,05$). За субшкалою вітальності у I групі відбулося зростання з $0,68 \pm 0,05$ балів до $0,92 \pm 0,04$ балів у I групі ($p < 0,05$), та з $0,70 \pm 0,07$ балів до $0,83 \pm 0,09$ балів ($p > 0,05$). Подібна динаміка спостерігалася й за шкалою сексуальної активності – з $0,53 \pm 0,04$ балів до $0,78 \pm 0,04$ балів у I групі ($p < 0,05$), та з $0,55 \pm 0,06$ балів до $0,63 \pm 0,07$ балів ($p > 0,05$).

Таким чином, пацієнтки зазначили позитивний вплив на якість свого життя після гістеректомії, особливо якщо показами до втручання було полегшення хронічного болю або усунення сильної кровотечі. Незважаючи на те, що після оперативного втручання існують емоційні, гормональні та фізичні зміни, які можуть потребувати часу, підтримки та контролю, проведення післяопераційної реабілітації мало значний вплив на якість життя. В цілому, після проведеного оперативного лікування загальне здоров'я та самопочуття пацієнток, які повністю виконали реабілітаційну програму, покращуються в довгостроковій перспективі.

Реабілітаційний процес у гінекологічних пацієнток є мультимодальним і його реалізація в умовах багатопрофільної університетської клініки має певні переваги на тлі доступу до медичної допомоги, та наявності належної матеріальної бази та кадрового

потенціалу, але й завдяки створенню сприятливого середовища для фізичного і психологічного відновлення.

Як реабілітація, так і медичний менеджмент мають вирішальне значення для вирішення проблеми здоров'я та благополуччя жінок в акушерстві та гінекології. Їх інтеграція і взаємна координація дозволяє забезпечити індивідуальний догляд, який задовольняє як фізичні, так і емоційні потреби, особливо після пологів, операції або під час значних життєвих змін, таких як менопауза. Тісна співпраця між акушерами, гінекологами, фізіотерапевтами та фахівцями з психічного здоров'я є важливою для надання комплексної та ефективної допомоги.

Висновки

1. За умов виконання реабілітаційної програми у пацієнток, що перенесли гістеректомію, значно покращується самопочуття та ступінь адаптації; відхилення від індивідуальної програми реабілітації погіршують прогноз відновлення.
2. Позитивний вплив на якість життя реалізується переважно за субшкалами фізіологічних відправлень, дискомфорту, звичної активності, дистресу, вітальності та сексуальної активності.
3. Перевагами реабілітації в умовах університетської клініки є кадровий потенціал, наявність науково-практичних підрозділів, що дозволяє створити оптимальне середовище для реабілітаційного процесу.

ЛІТЕРАТУРА

1. Khalid UB, Naeem M, Stasolla F, Syed MH, Abbas M, Coronato A. Impact of AI-Powered Solutions in Rehabilitation Process: Recent Improvements and Future Trends. *Int J Gen Med*. 2024 Mar 12;17:943-969. doi: 10.2147/IJGM.S453903. PMID: 38495919; PMCID: PMC10944308.
2. Rathore FA, Anwar F, Younas U. Multidisciplinary Team Working in Rehabilitation Medicine: Advantages and challenges. *J Pak Med Assoc*. 2024 Feb;74(2):409-412. doi: 10.47391/JPA.24-13. PMID: 38419251.

3. Giroux M, Funk S, Karreman E, Kamencic H, Bhargava R. A randomized comparison of training programs using a pelvic model designed to enhance pelvic floor examination in patients presenting with chronic pelvic pain. *Int Urogynecol J*. 2021 Feb;32(2):423-431. doi: 10.1007/s00192-020-04487-y. Epub 2020 Sep 8. PMID: 32897461; PMCID: PMC7477739.
4. Zhylka NIa, Hoida NH, Shcherbinska OS. Reabilitatsiia v akusherstvi ta hinekologii [Rehabilitation in obstetrics and gynaecology]. *Ukrainskyi medychnyi chasopys*. 2023;1(153):1-6. DOI: 10.32471/umj.1680-3051.153.237660.
5. No JH, Kim K, Kim YB, et al. Effects of an activity tracker with feedback on physical activity in women after midline laparotomy: A randomized controlled trial. *J Obstet Gynaecol Res*. 2021 Jul;47(7):2544-2550. doi: 10.1111/jog.14807. Epub 2021 Apr 25. PMID: 33899302.
6. GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*. 2018 Nov 10;392(10159):1789-1858. doi: 10.1016/S0140-6736(18)32279-7.
7. Orlova NM, Kovtun GI, Holovchanska-Pushkar SE, et al. Non-communicable diseases and their risk factors in Ukraine: analysis of the global burden of disease 2019 study. *Wiad Lek*. 2024;77(4):682-689. doi: 10.36740/WLek202404111. PMID: 38865623.
8. Anglès-Acedo S, López-Frías L, Soler V, et al. The WOMEN-UP Solution, a Patient-Centered Innovative e-Health Tool for Pelvic Floor Muscle Training: Qualitative and Usability Study during Early-Stage Development. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Jul 23;18(15):7800. doi: 10.3390/ijerph18157800. PMID: 34360093; PMCID: PMC8345479.
9. Lv X, Li C, Tang M, Yuan D, Zhong Y, Xie Y. Study of the effect of pain on postoperative rehabilitation of patients with uterine malignant tumor. *Front Surg*. 2023 Jan 4;9:1052800. doi: 10.3389/fsurg.2022.1052800. PMID: 36684209; PMCID: PMC9847568.
10. de Castro R, Antunes R, Mendes D, Szumilewicz A, Santos-Rocha R. Can Group Exercise Programs Improve Health Outcomes in Pregnant Women? An Updated Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Apr 17;19(8):4875. doi: 10.3390/ijerph19084875. PMID: 35457743; PMCID: PMC9024782.
11. Engel NJ, Gordon P, Thull DL, et al. multidisciplinary clinic for individualizing management of patients at increased risk for breast and gynecologic cancer. *Familial cancer*. 2012; 11(3): 419–427. <https://doi.org/10.1007/s10689-012-9530-x>
12. Khabrat B, Lytvak O, Lysenko B, Khabrat A, Pasko V. Hysterectomy optimization technology in overweight patients. *Clinical and Preventive Medicine*. 2020;3(13):22-27. DOI [https://doi.org/10.31612/2616-4868.3\(13\).2020.03](https://doi.org/10.31612/2616-4868.3(13).2020.03)
13. Nelson G, Fotopouloub C, Taylorc J, et al. Enhanced recovery after surgery (ERAS®) society guidelines for gynecologic oncology: Addressing implementation challenges - 2023 update. *Gynecologic Oncology*. 2023 Jun;173:58-67. doi: 10.1016/j.ygyno.2023.04.009.
14. Emons G, Steiner E, Vordermark D, et al. Endometriumkarzinom. Leitlinie der DGGG, DKG und DKH (S3-Level, AWMF-Register-Nummer 032/034-OL, September 2022) – Teil 2 mit Empfehlungen zur Therapie der Präkanzerosen und des frühen Endometriumkarzinoms, zur operativen Therapie, Strahlen- und medikamentösen Therapie, zu Nachsorge, Rezidiven und Metastasen und zur psychoonkologischen, palliativmedizinischen, patientenedukativen, rehabilitativen und physiotherapeutischen Versorgung. *Geburtshilfe Frauenheilkd*. 2023; 83(08): 963–995 DOI: 10.1055/a-2066-2068
15. HQoL-15D. The health state descriptive system (questionnaire). <https://15d-instrument.net/15d/the-health-state-descriptive-system>
16. Babiienko VV, Mokiienko AV, Levkovska VYu. Biostatystyka. Odesa: Pres-kurier; 2022. 180 p.

Надійшла до редакції 05.06.2025

Прийнята до друку 01.09.2025

Електронна адреса для листування svetlana.newlife2@gmail.com