

Оцінка результатів планових відкритих хірургічних втручань при первинному хронічному захворюванні вен у вагітних

В.М. Антонюк-Кисіль¹, І.Я. Дзюбановський², В.М. Єнікеєва¹, С.І. Лічнер¹, В.М. Липний¹, Ж.М. Тимошчук¹

¹ КЗ «Обласний перинатальний центр» Рівненської обласної ради

² Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського МОЗ України

Мета дослідження: оцінювання результатів планових відкритих хірургічних втручань (ПВХВ) у вагітних з первинним симптомним хронічним захворюванням вен (ПСХЗВ).

Матеріали та методи. У дослідження було включено 457 вагітних з ПСХЗВ, прооперованих у плановому порядку. Пацієнткам проведено ультразвукове дуплексне ангіосканування (УЗДАС) вен нижніх кінцівок, пахових каналів, клубових вен. Тяжкість клінічних проявів ПСХЗВ оцінювали за шкалою VCSS. За допомогою циркадної візуально-аналогової шкали вивчали динаміку післяопераційного болю. Вплив ПВХВ на тонус матки і на серцеву діяльність плода досліджували за допомогою кардіотокографії.

Під час розроблення показань до ПВХВ урахували дані УЗДАС вен, тяжкість клінічних та косметичних проявів ПСХЗВ, необхідність в активній профілактиці тромбофлебітичних, тромбоемболічних і геморагічних ускладнень, мінімізацію хірургічних пологів. Результати лікування вивчали у двох групах пацієнток. Пацієнткам першої групи проводили консервативну терапію, а другої групи – ПВХВ.

Для опрацювання статистичних даних дослідження використовували параметричні показники, які описували у вигляді середньої і стандартної помилки – $M(SD)$, а їхню достовірність оцінювали за допомогою t -критерію Стюдента. Різницю вважали достовірною при $p < 0,05$.

Результати. Виконано 495 ПВХВ у термінах вагітності 28–38 тиж в умовах акушерського стаціонару (перинатальний центр) судинним хірургом зі штату центру, який ознайомлений з особливостями роботи із даним контингентом пацієнток. Оперативні втручання виконували під місцевим знеболюванням у 346 (75,49%) вагітних на одній кінцівці, у 111 (24,51%) – на двох в одну сесію.

За результатами дослідження відзначали, що у першій групі у 33,7% пацієнток отримано позитивний клінічний результат за рахунок зменшення больового синдрому, в той час як у 67,5% пацієнток спостерігалось наростання і поширення варикозної трансформації у ділянці сафенних і/або несafenних вен з поширенням патологічного венозного рефлюксу у дистальному напрямку. У 78% пацієнток виникла необхідність у призначенні профілактичних доз низькомолекулярних гепаринів як на період виношування вагітності, так і у післяпологовий період. Зі 126 вагітних з вираженим варикозним розширенням вен зовнішніх статевих органів і промежини у 36 (28,6%) пологи проводили шляхом кесарева розтину. У 9 (3%) пацієнток виник гострий тромбофлебіт підшкірних вен нижніх кінцівок. Це потребувало у 5 вагітних ургентного оперативного втручання, коли запальний процес поширився до середини і вище по стегновому відрізку стовбура великої підшкірної вени.

Вагітним другої групи з ПСХЗВ на базі акушерського стаціонару (перинатальний центр) виконували ПВХВ, в організацію якого покладено ідеологію програми FTS, суворо індивідуальні показання до втручання в оптимальні терміни вагітності, мультидисциплінарне ведення пацієнток. Завдяки цьому у 93% оперованих відзначено регрес клінічних проявів захворювання, що сприяло коректному і безпечному виношуванню вагітності за 100% відсутності передчасних пологів, порушень у розвитку плода, перебігу вагітності, а також негативного впливу на акушерський і соматичний стан вагітної. Не відзначено геморагічних, тромбофлебітичних, тромбоемболічних ускладнень. Пацієнтки у післяопераційний період не потребували медикаментозної підтримки – як у період виношування вагітності, під час пологів, так і у післяпологовий період. Показань до хірургічних пологів не було. У 2,4% пацієнток даної групи виникли ускладнення з боку післяопераційних ран у формі сероми, які не впливали на перебіг вагітності і були ліквідовані до пологів. У післяопераційний період, за потреби, жінкам рекомендували використовувати еластичний трикотаж класу компресії 1–2.

Заключення. ПВХВ, виконане при ПСХЗВ в оптимальні терміни вагітності у спеціалізованому акушерському стаціонарі судинним хірургом за суворо індивідуальними показаннями, є безпечним як для плода, так і вагітної.

Перспективним є подальше дослідження результатів ПВХВ у вагітних з ПСХЗВ для впровадження його в арсенал лікування даної патології.

Ключові слова: ідеологія програми FTS, планові відкриті хірургічні втручання у вагітних.

Evaluation of the results of planned open surgical interventions in primary chronic vein disease in pregnant women V.M. Antonyuk-Kysil, I.Y. Dziubanovskiy, V.M. Yenikeeva, S.I. Lichner, V.M. Lypnyi, Zh.M. Tymoshchuk

The objective: to evaluate the results of planned open surgical interventions (POSI) in pregnant women with primary symptomatic chronic vein disease (PSCVD).

Materials and methods. The study included 457 pregnant women operated on a routine basis with PSCVD. The patients underwent ultrasound duplex angioscanning (USDA) of the veins of the lower extremities, inguinal canals, and iliac veins. The severity of the clinical manifestations of PSCVD was evaluated on a VCSS scale. With the help of the circadian visual-analog scale, the dynamics after the operative pain were studied. The effect of POSI on uterine tone and cardiac function of the fetus was investigated using cardiotocography.

When forming the results for POSI, data from USDA, the severity of clinical and cosmetic manifestations of PCVD, the need for active prevention of thrombophlebotic, thromboembolic and hemorrhagic complications, minimization of surgical childbirth were taken into account. The results of treatment were studied in 2 groups of patients. Patients of the first group were treated with conservative therapy, the second group – POSI.

Parametric indicators, which were presented as mean and standard error $M(SD)$, were used for statistical data processing of the study, and their reliability was estimated using Student's t -test. The species was determined to be significant at $p < 0,05$.

Results. 495 POSI were performed at 28-38 weeks gestation in an obstetric hospital (perinatal center), by a vascular surgeon from the staff of the center, who was familiarized with the peculiarities of working with this contingent of patients. Surgery was performed under local anesthesia in 346 (75.49%) pregnant women at one extremity, in 111 (24.51%) – at two in one session.

According to the results of the study, it was noted that in the first group 33.7% of patients had a positive clinical result due to the reduction of pain syndrome, while 67.5% of patients had an increase and spread of varicose transformation in the area of saphenous and/or non-saphenous veins with spread of pathological venous reflux in the distal direction. 78% of patients had the need to administer prophylactic doses of low molecular

weight heparins, both during pregnancy and in postpartum period. Out of 126 pregnant women with pronounced varicose veins of the external genital organs and perineum in 36 (28,6%) deliveries were performed by caesarean section. In 9 (3%) patients there was an acute thrombophlebitis of the subcutaneous veins of the lower extremities, which required 5 pregnant women to undergo urgent surgery when the inflammatory process had spread to the middle and above along the femoral vein of the large subcutaneous vein.

Pregnant women of the second group with PSCVD on the basis of obstetric hospital (perinatal center) POSI were performed in the organization, which laid the ideology of the FTS program, strictly individual indications for intervention in the optimal terms of pregnancy, multidisciplinary management of patients, due to this in 93% of operated patients regression of clinical manifestations of the disease was noted, which contributed to the correct and safe delivery of pregnancy with 100% absence of preterm birth, abnormalities in fetal development, pregnancy course, negative impact on obstetric and somatic condition of the pregnant woman. No hemorrhagic, thrombophlebic, thromboembolic complications were noted. Patients in the postoperative period did not require medical support, as during the period of pregnancy, during delivery and in the postpartum period. There were no indications for surgical delivery. 2,4% of patients experienced complications of post-operative wounds in the form of cheese, which had no effect on pregnancy and was eliminated before delivery. In the postoperative period, if necessary, it was recommended to use elastic compression class garments 1–2.

Conclusion. POSI made at PSCVD in optimal terms of pregnancy in a specialized obstetric hospital by a vascular surgeon in strictly individual indications is safe, both for the fetus and the pregnant woman.

It is promising to further study the results of POSI in pregnant women with PSCVD to introduce it into the arsenal of treatment of this pathology.

Key words: FTS ideology, planned open surgical interventions in pregnant women

Оценка результатов плановых открытых хирургических вмешательств при первичном хроническом заболевании вен у беременных

В.Н. Антонюк-Кисель, И.Я. Дзюбановский, В.Н. Еникеева, С.И. Личнер, В.М. Липный, Ж.М. Тимошук

Цель исследования: оценка результатов планового открытого хирургического вмешательства (ПОХВ) у беременных с первичным симптомным хроническим заболеванием вен (ПСХЗВ).

Материалы и методы. В исследование было включено 457 беременных с ПСХЗВ, прооперированных в плановом порядке. Пациенткам выполняли дуплексное ангиосканирование (УЗДАС) вен нижних конечностей, паховых каналов, подвздошных вен. Для оценки тяжести клинических проявлений ПСХЗВ использовали шкалу VCSS. При помощи циркадной визуально-аналоговой шкалы изучали динамику интенсивности послеоперационной боли. Влияние ПОХВ на тонус матки и на сердцебиение плода в динамике исследовали при помощи кардиотокографии.

При разработке показаний к операции учитывали данные УЗДАС вен, тяжесть клинических, косметических проявлений заболевания, необходимость в активной профилактике тромбозов, тромбоэмболических и геморрагических осложнений, минимизацию хирургических родов. Результаты лечения изучали в двух группах пациенток с ПСХЗВ. Пациенткам первой группы проводили общепринятую консервативную терапию, пациенткам второй группы – ПОХВ.

Для обработки статистических данных исследования использовали параметрические показатели в виде средней и стандартной ошибок – $M(SD)$, а их достоверность оценивали с помощью t -критерия Стьюдента. Разницу считали достоверной при $p < 0,05$.

Результаты. Выполнено 495 ПОХВ в сроки 28–38 нед в условиях акушерского стационара (перинатальный центр) сосудистым хирургом из штата центра, который знаком с особенностями работы с данным контингентом пациенток. Оперативные вмешательства под местным обезболиванием у 346 (75,49%) беременных выполнены на одной конечности, у 111 (24,51%) – на двух в одну сессию.

В результате проведенного исследования пришли к заключению, что использование идеологии программы FTS и ее некоторых компонентов в организации ПОХВ, выбор открытых хирургических методик по строго индивидуальным показаниям в оптимальные сроки беременности во второй группе пациенток с ПСХЗВ способствовало созданию условий корректного вынашивания беременности у 93% оперированных за счет регресса тяжести проявлений варикозной патологии при 100% отсутствии преждевременных родов, нарушений в развитии плода, течения беременности, а также негативного влияния на акушерское и соматическое состояние беременной. Отсутствовали геморрагические, тромботические и тромбоэмболические осложнения. Пациентки в послеоперационный период не нуждались в медикаментозной поддержке – как в период вынашивания беременности, во время родов, так и в послеродовой период. Показаний для хирургических родов не было. У 2,4% пациенток данной группы возникли осложнения со стороны послеоперационных ран в форме серомы, которые не требовали дополнительного лечения и не влияли на течение беременности и родов. В послеоперационный и послеродовой периоды, при необходимости, женщины использовали эластический трикотаж класса компрессии 1–2.

В первой группе у 33,7% пациенток получен положительный клинический эффект за счет уменьшения болевого синдрома, в то время как у 67,5% пациенток наблюдалось нарастание и распространение варикозной трансформации в области сафенных и/или несифенных вен с распространением патологического венозного рефлюкса в дистальном направлении. У 78% пациенток возникла необходимость в назначении профилактических доз прямых антикоагулянтов как на период вынашивания беременности, родов, так и в послеродовой период. Из 126 беременных с выраженным варикозным расширением вен наружных половых органов и промежности у 36 (28,6%) роды проводили путем кесарева сечения. У 9 (3%) пациенток до родов возник острый тромбоз вен нижних конечностей. Это потребовало у 5 беременных urgentного оперативного вмешательства при распространении воспалительного процесса по стволу большой подкожной вены выше уровня средней трети бедра.

Заключение. ПОХВ, выполненное в оптимальные сроки беременности пациенткам с ПСХЗВ в специализированном акушерском стационаре сосудистым хирургом по строго индивидуальным показаниям с учетом состояния беременной, плода, венозной гемодинамики, является безопасным как для матери, так и для плода.

Перспективным является дальнейшее исследование результатов ПОХВ у беременных с ПСХЗВ для внедрения его в арсенал лечения данной патологии.

Ключевые слова: идеология программы FTS, открытые плановые хирургические вмешательства у беременных.

Гестаційний дебют хронічного захворювання вен (ХЗВ) нижніх кінцівок, промежини і зовнішніх статевих органів спостерігається у 32–80% вагітних, серед яких у майже 90% діагностують первинне симптомне хронічне захворювання вен (ПСХЗВ), за класифікацією СЕАР (2004). Цю патологію виявляють переважно у жінок, які часто вагітніють з короткими інтервалами між вагітностями. Вона прогресує як під час вагітності, так і в період між вагітностями, що у кінцевому результаті може призвести до розвитку тяжких форм проявів захворювання: тромбозів, флеботромбозів (10%), тром-

боемболічних синдромів (0,6%), венозних трофічних виразок нижніх кінцівок (2,3%) і становить 5,6% екстрагенітальної патології. Тромбозів у вагітних з варикозною хворобою нижніх кінцівок діагностують у 20–30% пацієнток [1–7].

Одним із методів лікування ПСХЗВ під час вагітності є планові відкриті хірургічні втручання (ПВХВ). Важливим етапом для їхнього виконання є організація комплексу лікувальних заходів для максимально безпечного проведення хірургічного втручання у вагітних. Цьому відповідає частково комплексна програма FAST TRACK SURGERY (FTS), яка

розроблена у 90-і роки ХХ століття [8–10]. Переваги використання програми FTS були неодноразово доведені і підтверджені клінічною ефективністю, економічною складовою лікування, великою доказовою базою, рандомізованими клінічними дослідженнями і мета-аналізами.

Провідне місце у цій програмі посідає мультидисциплінарний підхід до ведення пацієнток до, під час і в післяопераційний період, що сприяє своєчасному виявленню і запобіганню розвитку ускладнень і проведенню, у разі потреби, їхнього лікування. Важливе місце посідає також фізична і психічна підготовка пацієнток до операції, яка проводиться в амбулаторних умовах. Однією із умов програми є те, що оперативні хірургічні втручання доцільно виконувати в день госпіталізації з акцентом на методики, котрі дозволяють швидко виписку зі стаціонару.

Вивчивши і проаналізувавши дані у доступних вітчизняних і закордонних літературних джерелах, присвячених плановому хірургічному лікуванню ПСХЗВ під час вагітності, було відзначено, що цій актуальній проблемі приділено дуже мало уваги. Дискусійними і не вирішеними залишаються питання доцільності, безпечності та ефективності планового оперативного втручання під час вагітності, як організувати надання планової хірургічної допомоги цьому контингенту пацієнток, в якому медичному закладі проводити хірургічні втручання, в якій оптимальній терміні вагітності та їхній об'єм [11, 12].

Мета дослідження: оцінювання результатів ПВХВ у вагітних з ПСХЗВ.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

У дослідження включені 457 вагітних з ПСХЗВ C_{2s-4s} , E_p , A_{sp} , P_r (за класифікацією basis CEAP, 2004 р.), прооперованих у плановому порядку з початку 2015 р. до 2020 р. Дослідження і ПВХВ виконували за наявності усної і письмової згоди пацієнток відповідно до стандартів біоетики та принципів Хельсінської Декларації зі збереженням біоетичних норм, а також схвалення етичним комітетом закладу згідно з локальним етичним протоколом.

У даному дослідженні було використано класифікацію CEAP у базисному варіанті (2004 р.), венозну термінологію VEIN-TERM (2009 р.), оцінено тяжкість венозної патології за шкалою VCSS (2000 р.). Оперативні втручання виконували на базі відділення екстрагенітальної патології комунального підприємства «Обласний перинатальний центр» Рівненської обласної ради. Вік вагітних становив від 18 до 44 років. У 36 (7,8%) пацієнток ПСХЗВ діагностоване до першої вагітності, у 94 (20,6%) – патологія виникла під час першої вагітності і під час повторних вагітностей – у 327 (71,53%) жінок.

Усім пацієнткам з ХЗВ використали другий рівень діагностичних дій L11 за рекомендаціями класифікації CEAP – ультразвукову дуплексну ангіоскопію (УЗДАС) вен нижніх кінцівок, клубових вен, вен пахових каналів, промежини. Під час дослідження звертали увагу на їхню прохідність, стан клапанного апарату в них, наявність патологічного венозного рефлюксу (ПВР), шляхи їхнього поширення у динаміці протягом вагітності та залежно від методів лікування. Дослідження виконували за допомогою апарата LandWind Mirror 11 (Італія) з лінійним датчиком з частотою 8–10 МНЗ у положенні лежачи, стоячи з виконанням проби Вальсальви.

Тяжкість клінічних проявів ПСХЗВ оцінювали у балах за шкалою VCSS (2000 р.). Використовували 5 критеріїв із 10 (біль, варикозні вени, венозний набряк, пігментація, використання компресійної терапії).

За допомогою циркадної візуально-аналогової шкали (ц-ВАШ) авторства В.С. Астахова зі співавторами [13] з інтерпретацією результатів за М.Р. Jensen і співавторів [14] вивчали динаміку інтенсивності післяопераційного болю у перші 24 год вимірюванням кожних 6 год і під час виписки.

Для оцінювання впливу ПВХВ на тонус матки і на серцебиття плода у динаміці використовували кардіотокографію. Реєстрували показники за 30 хв до операції і через аналогічний період після операції та під час виписки. Запис кардіотокограм виконували протягом 20 хв на апараті Teamcare V7.43 (Німеччина).

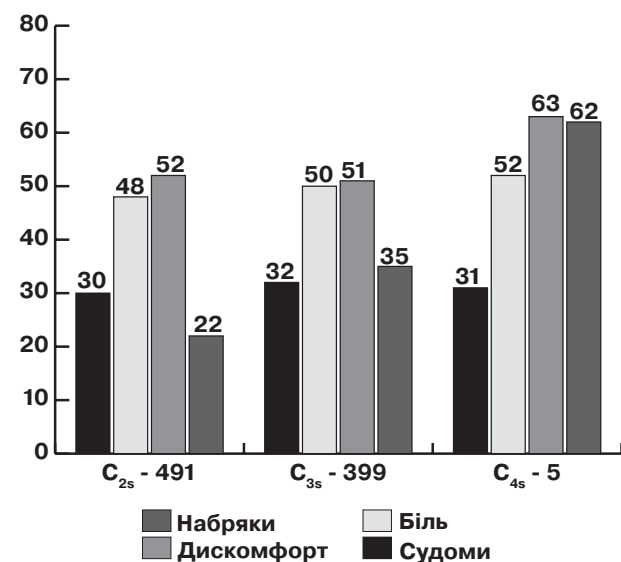
Під час формування показань до ПВХВ урахували тяжкість клінічних проявів захворювання, вираженість косметичних проявів даної патології (за бажанням пацієнток), результати консервативної терапії, необхідність у проведенні активної профілактики тромбоемболічних, тромбофлебітичних і геморагічних ускладнень, мінімізацію хірургічних пологів при варикозному розширенні вен зовнішніх статевих органів.

Результати лікування ПСХЗВ вивчали у двох групах по 300 вагітних в кожній. Пацієнткам першої групи проводили загальноприйняте консервативне лікування, а другої групи – ПВХВ.

Статистичне оброблення результатів дослідження виконували за допомогою програми «Microsoft Excel 2016» (версія 3.2, R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria). При цьому використовували методи опрацювання даних: параметричні показники описували у вигляді середньої і стандартної помилки – $M(SD)$, а їхню достовірність різниць оцінювали за допомогою t-критерію Стюдента. Різницю вважали достовірною при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

В обласному перинатальному центрі за період з початку 2015 р. до 2020 р. спостерігались, лікувались, народжували 19 789 вагітних. Серед них у 995 (5,02%) виявлено ХЗВ. Після УЗДАС у 895 (89,95%) жінок діагностовано ПСХЗВ (E_p), у 89 (8,9%) – вторинне ХЗВ (E_s), у 19 (1,9%) – вроджене ХЗВ (E_c). Серед 895 вагітних з ПСХЗВ у 651 (72,3%) відзначено варикозне розширення вен у басейні великих і/або малих підшкірних вен (басейн сафенних вен), у 90 (10,5%) – ізольоване варикозне розширення вен зовнішніх статевих органів і промежини (басейн несафенних вен), у 154 (17,2%) – поєднання варикозного розширення вен у басейнах сафенних і несафенних вен.



Суб'єктивне оцінювання вагітними клінічних проявів ПСХЗВ (у відсотках)

Оцінка тяжкості ПСХЗВ за шкалою VCSS (у балах)

Клінічний клас	C _{2s}	C _{3s}	C _{4s}
Кількість пацієнтів, n	491	399	5
Тяжкість захворювання, бали	4,5±0,5 P<0,05	6,5±0,5 P<0,05	9,5±0,5 P<0,05

Примітка. Застосовані критерії – біль, варикозні вени, венозний набряк, пігментація шкірних покривів гомілки, компресійна терапія.

За суб'єктивним оцінюванням 895 вагітними з ПСХЗВ тяжкості проявів захворювання за критеріями (біль, набряки, судоми, дискомфорт) у 491 (54,8%) пацієнтки виділено клінічний клас C_{2s}, у 399 (44,6%) пацієнток – C_{3s}, у 5 (0,6%) – C_{4s} (малюнок). Під час визначення тяжкості проявів ПСХЗВ за шкалою VCSS у клінічних класах її оцінено відповідно у клінічному класі C_{2s} у 4,5±0,5 бала, у клінічному класі C_{3s} – у 6,5±0,5 бала, а у клінічному класі C_{4s} – у 9,5±0,5 бала (табл. 1).

У 785 (87,7%) пацієнток з ПСХЗВ захворювання прогресувало з I триместра вагітності, впливаючи на комфортність і безпеку виношування вагітності. У зв'язку з цим 80% із них отримували консервативну терапію в об'ємі, який залежав від триместра вагітності. Не отримали позитивного результату від консервативної терапії у 529 (67,38%) пацієнток. Однією із причин, за даними УЗДАС, є погіршення венозної гемодинаміки.

На початку захворювання у 65,3% вагітних домінував поверхневий сегментарний рефлюкс, який локалізувався у межах стегнового відрізка стовбура великої підшкірної вени (ВПВ), у її гілках – при підшкірно-стегновому рефлюксі і/або у стовбурі малої підшкірної вени (МПВ) у верхній третині гомілки – при підшкірно-підколінному рефлюксі. При прогресуванні захворювання у 76,2% обстежених переважав поверхневий аксіальний рефлюкс, який у 63,45% пацієнток поширювався по стовбурі і гілках ВПВ на всю довжину стегна і гомілки, у 12,8% – на стегно, гомілку і ступню. У 83,7% вагітних діаметр стовбура ВПВ збільшився у ділянці підшкірно-стегнового співзв'язу на 18,8% – з 8,6±0,7 мм до 10±1,7 мм. Також у 15,3% пацієнток ППВ поширився через підшкірно-стегнове співзв'язу у деякі гілки ділянки кросу ВПВ.

Досліджуючи стовбури ВПВ, у 13,5% вагітних виявили варикозну трансформацію у формі вузлових флектазій у тлі їхнього варикозного розширення. Найчастіше, у 91,3% випадків, флектазія формувалась у стегновому відрізку стовбура ВПВ і у 21,1% – локалізувалась у проксимальному її відрізку. У 25,5% пацієнток діагностовані комбіновані ППВ, які поширювались одночасно через перфорантні вени гомілки і/або стегна з поверхневим аксіальним рефлюксом.

На оперативне втручання дали згоду 457 (45,93%) вагітних. Серед оперованих 52 (11,4%) пацієнтки народжують уперше, 405 (88,6%) – ті, що народжували двічі і більше. Гестаційний вік у 89,3% вагітних становив 28–38 тиж.

Показання до оперативного втручання. У 286 (62,6%) вагітних сформувався комплекс клінічних факторів, котрі прогресували у кожному триместрі і негативно впливали на безпечність і комфортність виношування вагітності, пологів і післяпологового періоду. Серед факторів у 96,2% пацієнток домінував біль за ходом варикозно розширених вен. Біль щоденний, який обмежував активність, погіршував якість життя, епізодично виникала потреба у вживанні знеболювальних препаратів. Турбували 75,2% вагітних набряки, які потребували періодичного підвищеного положення кінцівок і відпочинку протягом доби і дещо зменшувались вранці. Акцентували 72% пацієнток увагу на судоми, які виникали у м'язах стоп і/або гомілки, особливо у нічний час з тенденцією до наростання інтенсивності болю. У 78,3% вагітних відзначено поширення, вираження варикозної трансформації підшкірних вен.

У 23 (5,03%) пацієнток виникла необхідність в активній профілактиці геморагічних ускладнень під час природних пологів через загрозу розриву варикозних вузлів: у 18 – за наявності вираженої варикозної трансформації вен зовнішніх статевих органів та промежини; у 4 – за наявності вираженої флектазії у проксимальному відділі ВПВ.

У 87 (19,04%) пацієнток була потреба в активній профілактиці тромбофлебітичних і тромбоемболічних ускладнень з причини вираженої і поширеної варикозної трансформації у басейнах сафенових і/або несафенових вен.

На прохання 61 (13,35%) пацієнтки показаннями до оперативного втручання розглядали косметичні проблеми: у 14 – виражена деформація зовнішніх статевих органів та промежини варикозними вузлами; у 47 – наявність варикозних конгломератів на відкритих частинах нижніх кінцівок (гомілки і/або стегна у нижній третині).

Виконано 495 оперативних втручань: у 339 (74,18%) пацієнток у II триместрі вагітності, у III триместрі – у 156 (25,82%); у 346 (75,49%) хворих – на одній кінцівці, у 111 (24,29%) – на двох в одну сесію. ППВВ виконане 416 (91,1%) вагітним у перший день госпіталізації у відділлі екстрагенітальної патології обласного перинатального центру під місцевим знеболюванням (тумесцентна анестезія).

При низхідному розвитку варикозного розширення вен нижніх кінцівок (ВПВ і/або МПВ) у 261 (57,11%) пацієнтки виконано високу перев'язку їхніх стовбурів і гілок без пересічення з обов'язковим видаленням варикозних конгломератів (резервуарів) за їхньої наявності за методикою міні-флектомії за Мюллером на стегні і/або гомілці в одну сесію.

При висхідному розвитку ПСХЗВ у 80 (17,51%) вагітних виконано надфасціальну перев'язку перфорантних вен гомілки і/або стегна з видаленням варикозних конгломератів за методикою міні-флектомії за Мюллером та високу перев'язку стовбурів ВПВ і/або МПВ і їхніх гілок без пересічення.

У 20 (9,14%) пацієнток з ізольованим варикозним розширенням вен пахових каналів, які поширились за межі його через зовнішнє пахове кільце на зовнішні статеві органи і/або нижні кінцівки, виконали перев'язку їх шляхом обшивання у ділянці зовнішнього пахового кільця, без пересічення та без розкриття пахового каналу і без видалення варикозних конгломератів із зовнішніх статевих органів.

При поєднанні у 96 (21,01%) пацієнток низхідного розвитку варикозного розширення вен нижніх кінцівок і пахового каналу в одну сесію виконали високу перев'язку стовбура і гілок ВПВ з видаленням варикозних конгломератів на гомілці і/або стегні, за їхньої наявності, за методикою міні-флектомії за Мюллером з перев'язкою шляхом обшивання без пересічення варикозних конгломератів у ділянці зовнішнього пахового кільця та без видалення варикозних конгломератів із зовнішніх статевих органів.

Після проведеного лікування ПСХЗВ у вагітних досліджували динаміку венозного кровотоку у венах нижніх кінцівок (поверхневих і глибоких), пахових каналів, доступних огляду клубових венах. У першій групі у 25,3% пацієнток діагностовані комбіновані ППВ через неспроможні перфорантні вени, в основному гомілки, за типом outward flow з поверхневим аксіальним рефлюксом, який поширювався по стовбурі

Оцінка результатів кардіотокографії

Показник	За 30 хв до операції	Через 30 хв після операції	Під час виписки
БЧСС, за 1 хв	130±20,5	140±10,3	130±18,3
Амплітуда варіабельності серцевого ритму, уд/хв	10,0±4,5	20,0±2,5	18,0±4,5
Децелерації	Відсутні	Відсутні	Відсутні
Акселерації, уд/хв	Реєструються з частотою 2±0,2	Реєструються з частотою 3±0,3	Реєструються з частотою 3±0,3

Таблиця 3

Динаміка перебігу ПСХЗВ залежно від лікування, n (%)

Показник	Консервативне лікування, n=300	Хірургічне втручання, n=300
Прогресування захворювання	199 (66,3)	5 (1,67)
Стабільна форма захворювання	74 (24,67)	16 (5,33)
Регрес захворювання	27 (9)	279 (93)

і гілках ВПВ по всій довжині стегна і гомілки. Діаметр стовбура ВПВ у ділянці підшкірно-стегнового співуства збільшився у 89,1% вагітних з 8,6±0,7 мм на початку дослідження до 11,3±0,7 мм у 36,9% пацієнток – після лікування.

У 67,5% пацієнток зросла і поширилась варикозна трансформація вен у басейнах сафенових і несафенових вен. Набряки зберігались після ночі і відпочинку на рівні кісточок у 45,3% обстежених. У пацієнток другої групи через 7 днів після ПВХВ за даними УЗДАС нових ПВР не виявлено, а ті, які були виявлені до оперативного втручання, не діагностували. У стовбурах ВПВ і/або МПВ і їхніх гілках ПВР не визначали. У зазначених вище венах спостерігалось помірне кровонаповнення, проба Вальсальви була негативною.

Діаметр стовбура ВПВ нижче перев'язки зменшився на 24,6% (до оперативного втручання діаметр стовбура у ділянці підшкірно-стегнового співуства становив 11,6±0,7 мм, після перев'язки – 6,6±0,8 мм). Прохідність по глибоких венах нижніх кінцівок, клубових венах, доступних оглядові, збережена, клапанний апарат ефективний. Нових ділянок варикозної трансформації у басейнах сафенових і несафенових вен не відзначено. Незначні набряки у ділянці стоп відсутні після ночі у 79,7% оперованих.

Інтенсивність післяопераційного болю до кінця перших 6 год у 92% оперованих знаходилась у межах 66–74 мм (помірний біль), тільки у 8% вагітних відзначений сильний біль (75–89 мм). Тому виникла необхідність в одноразовому введенні ненаркотичних знеболювальних препаратів. Через 12 год у 98,5% пацієнток післяопераційний біль був помірним, а після 24 год і під час виписки фіксували легкий біль, який незначно впливав на об'єм фізичних навантажень.

Проаналізувавши вплив ПВХВ на серцевий ритм плода у динаміці (до, після оперативного втручання і під час виписки), за даними кардіотокографії відзначили відсутність у 100% оперованих негативного впливу на серцеву діяльність і ознак дистресу плода (табл. 2).

У вагітних до, після оперативного втручання і під час виписки фіксували нормотонус матки як за об'єктивними даними кардіотокографії, так і за суб'єктивним оцінюванням пацієнток.

Під час аналізу перебігу вагітності залежно від методу лікування ПСХЗВ відзначено, що зі 126 пацієнток першої групи з вираженим варикозним розширенням вен зовнішніх статевих органів і промежини у 36 (28,6%) пацієнток відбулися хірургічні пологи. Отримували профілактичні дози прямих антикоагулянтів 75,1% пацієнток з поширеною і вираженою варикозною трансформацією підшкірних

вен нижніх кінцівок, як до пологів, так і у післяпологовий період, з метою мінімізації тромбофлебітичних і тромбоемболічних ускладнень. Серед них у 9 (3%) пацієнток до пологів діагностовано гострий тромбофлебіт і у 5 жінок виникла необхідність у ургентному оперативному втручанні, позаяк запалення поширилось вище середини стегнового відрізка стовбура ВПВ.

У другій групі вагітних показань до хірургічних пологів при варикозному розширенні вен зовнішніх статевих органів і промежини не було. Вагітні цієї групи не потребували медикаментозної підтримки як до пологів, під час пологів, так і в післяпологовий період. У разі потреби використовували еластичний трикотаж класу компресії 1–2 під час фізичних навантажень.

Визначаючи динаміку тяжкості проявів ПСХЗВ залежно від методів лікування за шкалою VCSS, фіксували позитивну динаміку у 93% пацієнток другої групи, яку оцінювали у 3,5±1,5 бала, в той час як у 66,3% вагітних першої групи відзначено прогресування патології, яке оцінювали у 9,9±0,75 бала (табл. 3).

В 11 (2,4%) оперованих у післяопераційний період відзначені ускладнення з боку післяопераційних ран: у 6 (1,31%) вагітних у формі сероми і у 5 (1,1%) – гострий тромбофлебіт ізольованих гілок, переважно на гомілці, – які не вплинули на перебіг вагітності і були ліквідовані в амбулаторних умовах до пологів.

ВИСНОВКИ

Організація комплексу лікувальних заходів при ПВХВ у вагітних з ПСХЗВ на основі ідеології програми FTS, як на етапах підготовки до втручання, так і під час втручання, з мультидисциплінарним підходом ведення пацієнток, з суворо індивідуальним формуванням показань до оперативного втручання і методики його виконання сприяла отриманню у 93% оперованих позитивного і 100% безпечного результату як для матері, так і плода.

Прооперовані вагітні у післяопераційний період не потребували медикаментозної підтримки.

Перспективи подальших досліджень. Перспективним є продовження різнобічних досліджень можливостей ПВХВ для широкого використання з включенням в арсенал лікування ПСХЗВ у вагітних.

Автори заявляють про відсутність будь-якого конфлікту інтересів щодо даної статті.

Сведения об авторах

Антонюк-Кисиль Владимир Николаевич – «Областной перинатальный центр» Ровенского областного совета, 33011, г. Ровно, ул. Мицкевича, 30; тел.: (067) 920-13-33. E-mail: kisil2016@ukr.net

Дзюбановский Игорь Яковлевич – ГВУЗ «Тернопольский государственный медицинский университет им. И.Я. Горбачевского» МЗ Украины, 46001, г. Тернополь, пл. Воли, 1; тел.: (067) 675-43-82

Еникеева Виктория Николаевна – «Областной перинатальный центр» Ровенского областного совета, 33001, г. Ровно, ул. Мицкевича, 30; тел.: (050) 901-30-33

Личнер Степан Иларевич – «Областной перинатальный центр» Ровенского областного совета, 33010, г. Ровно, ул. Мицкевича, 30; тел.: (098) 956-46-45

Липный Виталий Михайлович – «Областной перинатальный центр» Ровенского областного совета, 33021, г. Ровно, ул. Мицкевича, 30; тел.: (098) 956-46-45

Тимошук Жанна Михайловна – Коммунальное учреждение «Ровенский перинатальный центр» Ровенского областного совета, 33017, г. Ровно, ул. Мицкевича, 30; тел.: (098) 956-46-45

СПИСОК ЛИТЕРАТУРИ

1. Стойко Ю.М. (1992). Варикозная болезнь. СПб. – ВМедА: 21 с.
2. Шехтман М.М. (2003). Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных. М.: Триада-Х: 816 с.
3. Danilenko-Dixon D.R., Heit J.A., Silverstein M.D. (2001). Risk factors for deep vein thrombosis and pulmonary embolism during pregnancy or postpartum a population based case control study. Am. J. Obstet. Gynecol.; 184: 2: 104-110.
4. Буданов П.В., Лебедев В.А. (2008). Особенности профилактики и лечения варикозной болезни вен у беременных. Трудный пациент. 3:28-31.
5. Мурашко А.В. (2000). Этиология и патогенез хронической венозной недостаточности при беременности. Проблемы беременности. 2:16-21.
6. Макаров О.В., Кириенко А.И., Краснова Е.Ф. и др. (1998). Ведение беременности и родов при венозных тромбэмболических осложнениях. Вест. Рос. Ассоц. акуш.-гин.: 2: 115-122.
7. Медведь В.И., Бенюк В.А., Коваль С.Д. (2010). Венозные осложнения у беременных. Медицинские аспекты здоровья женщины.: 7(35):29-33.
8. Kehlet H. (1997) Multimodal approach to control postoperative pathophysiology and rehabilitation. Br J Anaesth. 78: 606-617.
9. Kehlet H., Wilmore D.W. (2008). Evidence-Based Surgical Care and Evolution of Fast-Track Surgery. Annals of Surgery. 248:2: 189-198.
10. Kehlet H. (2011). Fast-track surgery-an update on physiological care principles to enhance recovery. Langenbecks archives of surgery. 396(5):585-590, doi: 10.1007/s00423-011-0790-у.
11. Новиков К.В. (2001). Хирургическое лечение варикозной болезни вен нижних конечностей у беременных. Амбулаторная хирургия. 2(2):37-38.
12. Петров В.В., Шмидт А.А., Новиков К.В. и др. (2012). Генитально-промежностный варикоз как форма проявления прогрессирования варикозной болезни вен нижних конечностей у беременных. Вестник Российской военной медицинской академии. 4(40):228-232.
13. Астахов В.А., Свиридо С.В., Малышев А.А. (2014). Модификация визуально-аналоговой шкалы для оценки болевого синдрома после обширных абдоминальных операций. Региональная анестезия и лечение острой боли. 7:1.:26-30.
14. Jensen M.P., Chen C, Brugger F.M. (2003). Interpretation of visual analog scale ratings and change scores: a reanalysis of two clinical trials of postoperative pain. J Pain; 4(7):407-414.

Статья поступила в редакцию 16.03.2020

**СТАТЬИ В ЖУРНАЛЕ «ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИНЫ»
ТЕПЕРЬ ИМЕЮТ ВОЗМОЖНОСТЬ ПОЛУЧАТЬ**

**УНИВЕРСАЛЬНЫЙ ИДЕНТИФИКАТОР ЦИФРОВОГО ОБЪЕКТА
DIGITAL OBJECT IDENTIFIER (DOI)
СИСТЕМЫ БИБЛИОГРАФИЧЕСКИХ ССЫЛОК CROSSREF**

CrossRef объединяет издательские организации со всего мира, представляющие 20 тыс. научных изданий и 1500 библиотек, обеспечивая перекрестную связь между публикациями в научных журналах более чем 2800 издательств с помощью цифровой идентификации объектов.

Использование DOI позволит представить отечественные научные достижения мировой науке, улучшит обмен научной информацией между учеными, будет способствовать повышению рейтинга и индекса цитирования ученых Украины за рубежом, позволит вывести отечественные журналы в международное информационное поле.

Внедрение системы DOI в издательскую деятельность повышает публикационную активность изданий, увеличивает доступность научных публикаций за пределами Украины и дает возможность авторам быть представленными в известных наукометрических базах данных. Ценность идентификатора DOI для авторов заключается в том, что его использование в любое время обеспечивает быстрый поиск научной статьи, книги и другой печатной продукции без необходимости проведения поиска на сайтах журналов или поисковых систем.

Идентификатор цифровых объектов DOI является необходимым звеном доступности для анализа научной продукции, который осуществляется информационно-аналитическими системами наукометрических баз данных.

Адрес для переписки: ООО «Группа компаний Мед Эксперт», Украина, 04211, г.Киев-211, а/я 80;

Контактный телефон редакции +38 044 498-08-80

Сайт www.med-expert.com.ua

e-mail: pediatr@med-expert.com.ua

Контактное лицо: Шейко Ирина Александровна