

DOI 10.11603/2414-4533.2025.4.15748

УДК 616.14-007.6408 ; 618.3-06

©В. М. АНТОНЮК-КИСІЛЬ^{1,3,4}

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4080-3775>

©І. Я. ДЗЮБАНОВСЬКИЙ²

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0479-5758>

©В. М. ЄНІКЕЄВА¹

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7138-1205>

©Б. С. ЛІЧНЕР¹

ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-7590-8013>

©Д. М. АФОНІН³

ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-3800-4774>

¹Комунальна установа «Обласний перинатальний центр» Рівненської обласної ради, Рівне, Україна

²Тернопільський національний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України, Тернопіль, Україна

³Державний заклад «Луганський державний медичний університет», Рівне, Україна

⁴Рівненський державний гуманітарний університет, Рівне, Україна

Динаміка якості життя пацієнток із поєднаним первинним симптомним варикозним розширенням вен нижніх кінцівок, пахового каналу та промежини упродовж вагітності залежно від методів лікування

Мета роботи: провести порівняльну оцінку якості життя пацієнток із поєднаним первинним симптомним варикозним розширенням вен нижніх кінцівок, пахового каналу та промежини упродовж вагітності залежно від методів лікування.

Матеріали і методи. Проаналізовано якість життя (ЯЖ) у 85 вагітних жінок із поєднаним первинним симптомним прогресуючим варикозним розширенням вен нижніх кінцівок, промежини, пахового каналу. Виконано аналіз у динаміці до і після лікування протягом вагітності залежно від методу лікування. Для оцінки ЯЖ до і після лікування використано опитувальник CIVIQ-20. Тяжкість перебігу хронічного захворювання вен вивчали за допомогою шкали VCSS. Для дослідження змін венозної гемодинаміки нижніх кінцівок (поверхневих і глибоких), пахового каналу та промежини до і після лікування застосовували дуплексне ультразвукове дослідження.

Результати. Вагітних жінок поділили на 3 групи залежно від методу лікування. Пацієнток у першій групі було 25 (29,41 %), 5 із яких повністю відмовилися від лікування з тих чи інших причин, 20 – лікування отримували нерегулярно, не в повному об'ємі. Другу групу склали 30 (35,29 %) вагітних, які отримували консервативне лікування в поєднанні з компресійною терапією. 30 (35,29 %) пацієнток із третьої групи дали згоду на відкрите хірургічне втручання, яке доповнили компресійною терапією за потреби. Лікування проводили в 70,59 % жінок у II–III триместрах вагітності згідно з показаннями. Основною причиною звернення за медичною допомогою було погіршення ЯЖ. Аналізуючи вплив методів лікування на ЯЖ та тяжкість перебігу хронічного захворювання вен у вагітних, які страждають від поєданого первинного симптоматичного прогресуючого варикозного розширення вен нижніх кінцівок, промежини і пахового каналу, зовнішніх статевих органів, дійшли висновку, що якісно проведене, за свідченнями пацієнток, відкрите хірургічне лікування даної патології найефективніше та тривале за позитивними результатами як під час вагітності, так і у післяпологовому періоді.

Висновки. Поєдане первинне симптомне прогресуюче хронічне варикозне розширення вен нижніх кінцівок, промежини, зовнішніх статевих органів пахового каналу належить до захворювань із прогресуючим перебігом, що впливають на перебіг вагітності та ЯЖ. Використання опитувальника CIVIQ-20 та шкали клінічної тяжкості захворювання VCSS є максимально специфічним для пацієнток із хронічним захворюванням вен. Результати дослідження ЯЖ несуть цінну додаткову інформацію про роль методів лікування при хронічній венозній недостатності.

Ключові слова: якість життя у вагітних; опитувальник CIVIQ-20; патологічний венозний рефлюкс.

Постановка проблеми й аналіз останніх досліджень. Хронічне захворювання вен сьогодні – це поширена форма патології серед пацієнтів із серцево-судинними захворюваннями, що є невирішеною проблемою у хірургії. Eberhard Rabe, президент Міжнародної спілки флебологів, зазначив,

що «хронічні захворювання вен є однією з головних причин зниження якості життя та розвитку інвалідності» [1]. Ця проблема є особливо актуальною і до кінця невирішеною у жінок із венозною патологією, особливо протягом вагітності. Вагітність – це фізіологічний стан жінки, під час

якого виникають та продовжуються гормональні, гемодинамічні зміни в організмі протягом усього терміну вагітності та в післяпологовому періоді. У цей період найчастіше виявляються проблеми успадкованих та набутих вад з боку венозної системи басейну нижньої порожньої вени. Окрім того, кожна вагітна особлива та індивідуальна в плані як будови венозної системи, так і у компенсаторних можливостях її через формування колатеральної венозної сітки для відтоку венозної крові з системи вен нижніх кінцівок у нижню порожнисту вену в обхід венозного відтоку з вагітної матки. Особливо тяжка форма варикозного розширення підшкірних вен під час вагітності. Варикозне розширення вен нижніх кінцівок (сафенових вен) спостерігають у 32–50 % вагітних, причому більш ніж у половини жінок (60–80 %) захворювання виникає при вагітності, що становить 5,6 % серед усієї екстрагенітальної патології [2]. Найчастіше під час вагітності зазнають варикозної трансформації у вигляді варикозного розширення гілки басейни великої чи малої підшкірної вени, рідше стовбура. Лише у 9,7 % випадків ураження зазнає стовбур сафенових вен [3].

Розширення вульварних вен виникало здебільшого у жінок із двома та більше доношеними вагітностями (91 %) у терміні 12–24 (78 %) тижнів. Найчастіше помічають цю патологію у терміні вагітності 18–20 тижнів [4, 5]. Вагітна жінка належить до найбільш уразливої групи населення щодо впливу несприятливих чинників на стан якості життя (ЯЖ). Тому вивчення критеріїв впливу на ЯЖ можна використовувати як інтегральний показник, що характеризує стан здоров'я зазначеного контингенту населення [6].

У сучасній термінології, запропонованій А. А. Новак, Т. І. Іонову [6, 7], ЯЖ визначають як інтегральну характеристику фізичного, психологічного, емоційного та соціального функціонування пацієнтки, заснована на суб'єктивному відчутті. Для цього використовують комплекс, у який входить опитувальник CIVIQ-20 і шкала VCSS для оцінки тяжкості перебігу хронічного захворювання вен (ТХЗВ).

Специфічним для пацієнтів із варикозним захворюванням є опитувальник CIVIQ-20 (Chronic Venous Insufficiency Questionnaire), який розробив проф. Robert Launois з Паризької лабораторії громадського здоров'я [17]. Метод оцінки ЯЖ досить простий, економічний та універсальний. Опитувальник CIVIQ-20 визнала більшість флебологів [7–10]. Складений він із 20 пунктів, що відображають 4 компоненти ЯЖ: фізичний, психологічний, соціальний та вираження больового синдрому.

Кожну відповідь оцінюють від 1 до 5 балів. Сума балів градується від 20 (максимальне здоров'я) до 100 (найгірший показник – максимальне зниження ЯЖ). Крім того, для виявлення зміни ТХЗВ від методів лікування, що впливають на ЯЖ, використовують шкалу VCSS, як додаток до класифікації CEAP від 2010 р. Шкала клінічної оцінки ТХЗВ VCSS базується на 10 клінічних параметрах, оцінюється в балах від 0 до 3.

Переважно за ургентними показаннями (тромбофлебії, геморагії), використовують відкрите хірургічне лікування під час вагітності, а результати планових втручань при суміщених мультифокальних формах варикозної хвороби у вагітних взагалі ніде не відображено [3].

Мета роботи: провести порівняльну оцінку якості життя пацієнток із поєднаним первинним симптомним варикозним розширенням вен нижніх кінцівок, пахового каналу та промежини упродовж вагітності залежно від методів лікування.

Матеріали і методи. Аналіз ЯЖ проведено у 85 вагітних із поєднанням первинного симптомного прогресуючого варикозного розширення вен нижніх кінцівок (клінічний клас C2s–C4s згідно з класифікацією CEAP (2010 р.)), промежини, пахового каналу. Виконано аналіз у динаміці до і після лікування упродовж вагітності залежно від методу лікування. Усі пацієнтки лікувались і спостерігались на базі комунальної установи «Обласний перинатальний центр» Рівненської обласної ради за період із 2015 р. до 2024 р. Вагітні приблизно одного віку – $(24,9 \pm 2,2)$ року, соціального статусу, які мали двоє і більше пологів. Для оцінки ЯЖ використовували опитувальник CIVIQ-20 в одиницях, який визнала більшість флебологів. Метод оцінки досить простий, економічний та універсальний. ТХЗВ оцінювали відповідно до шкали VCSS (Venous Clinical Severity Score) у балах як додаток до класифікації CEAP від 2010 р. за 10 параметрами. За допомогою апарату «Landwind Mirror 2» з лінійним датчиком L5-10-40E у режимі В із використанням кольорового доповненого спектральною доплерографією досліджували прохідність по венах клубових, нижніх кінцівок (поверхневих і глибоких), пахового каналу та промежини, наявність патологічних венозних рефлексів (ПВР), поширеність та джерело їх формування у вагітних до і після лікування як однієї із важливих причин виникнення, прогресування ТХЗВ упродовж вагітності.

Для статистичної обробки отриманих результатів використовували програму статистичного аналізу Statistica 10. Частоту якісних показників

представили в абсолютних (n) і відносних (%) значеннях.

Результати. У комунальній установі «Обласний перинатальний центр» Рівненської обласної ради у період з 2015 р. до 2024 р. включно лікувались та спостерігались 50 893 вагітних: 9263 (12,16 %) – у поліклінічних умовах, в стаціонарних – 41 630 (54,65 %). Вагітність природним шляхом – у 50 881 (99,98 %), шляхом екстракорпорального запліднення – в 12 (0,024 %). Перша вагітність – 3034 (12 %), повторна – 47 847 (88 %) жінок.

Серед 50 893 (66,83 %) вагітних 9344 (18,36 %) були в I триместрі вагітності, 12 037 (20,24 %) – II триместрі, 29 525 (57,99 %) – III триместрі. У 14 467 (28,43 %) із 50 893 діагностовано первинне симптомне варикозне розширення вен (ПСВРВ) в басейні сафенових і/або несафенових вен. Згідно з клінічними та інструментальними даними, ознак порушення венозної гемодинаміки у глибоких венах басейну нижньої порожнистої вени не помічено. Серед 14 467 пацієнток із ПСВРВ у 14 361 (28,22 %) діагностовано його в басейні сафенових вен (ВПВ і/або МПВ) з клінічними проявами захворювання (С): C_0 – 418 (2,89 %), C_{1-} – 12 899 (89,29 %), C_{2s} – 1037 (10,23 %), C_{3s1} – 56 (0,39 %), C_{4sd} – 36 (0,04 %), у 85 (0,17 %) – первинне симптомне варикозне розширення вен у басейні сафенових і несафенових вен, у 21 (0,041 %) – в басейні несафенових вен. Найчастіше поміж 14 467 вагітних із ПСВРВ локалізувався у 14 361 (99,27 %) в басейні сафенових вен, у 85 (0,59 %) – у басейні сафенових і несафенових вен і у 21 (0,15 %) – в басейні несафенових вен. У 85 % пацієнток захворювання мало спадковий характер, у 7,5 % – запідозрили недиференційовану дисплазію сполучної тканини.

З-поміж 85 пацієнток із поєднаною патологією 16 (18,82 %) відмітили вперше під час вагітності, 68 (80 %) – існувала та прогресувала при попередніх вагітностях, в 1 (1,18 %) як рецидив проявів захворювання після проведеного хірургічного лікування даної патології. Поєднана патологія у 96,3 % пацієнток локалізувалась однобічно (нижня кінцівка, паховий канал, промежина): лівобічно – у 56,3 %, правобічно – в 43,7 %, двобічно – у 3,7 %. При двобічній локалізації, згідно зі слів пацієнток, у 69,3 % процес виникає однобічно з одного боку, при наступних – на контр латеральній кінцівці й тільки у 20,7 % пацієнток виникає одночасно двобічно, але з однобічним домінуючим проявом захворювання.

Серед пацієнток поєднана форма захворювання була у різних варіантах: в 35 (41,18 %) – у ба-

сейні ВПВ і промежини, в 23 (32,94 %) – відповідно ВПВ плюс паховий канал, у 5 % – ВПВ плюс паховий канал, плюс промежина, у 16 (18,82 %) – ВПВ плюс МПВ, плюс паховий канал, у 6 (7,06 %) – ВПВ плюс МПВ, плюс промежина. У період між вагітностями у 85 вагітних із поєднаною венозною патологією 32 із первинним симптомним варикозним розширенням вен у басейні сафенових вен отримували періодично консервативне лікування (флеботропні препарати у поєднанні з носінням еластичного трикотажу класу компресії 2). Усім вагітним з поєднаною венозною патологією проведено дуплексне сканування клубових вен, вен нижніх кінцівок, промежини та вен пахового каналу до лікування та після його проведення. Згідно з отриманими даними у всіх пацієнток збережена прохідність по поверхневих та глибоких венах зі збереженим функціонуючим клапанним апаратом у глибоких венах, відсутністю клапанного апарату в поверхневих венах. Діагностовано неспроможні остіальні й преостіальні клапани в підшкірно-стегнових співустьях (ПСС) у 89,3 % пацієнток, підшкірно-підколінних співустьях (ППС) – в 10,7 % та клапани в перфорантних венах на голішках – у 25,3 %, на стегні – в 0,9 % і у 0,5 % – у поєднанні. Визначали у всіх пацієнток джерело та локалізацію патологічних венозних рефлексів (ПВР), характер їх поширення (горизонтальне і/або вертикальне).

Обговорення. Однією із принципів якісних ознак, що характеризують успіх лікування, є сприйняття вагітною змін свого стану здоров'я через вплив психологічних, соціальних, економічних аспектів на самопочуття та повсякденне функціонування, тривалий час залишався поза увагою лікаря. У зв'язку з цим стало актуальним оцінювати ЯЖ як самостійного показника ефективності лікування. Подібні дослідження є дуже важливими для порівняльної оцінки методів, що застосовують при лікуванні з огляду на різноманітність сучасних методів лікування варикозної хвороби [18]. Для оцінки якості життя у 85 пацієнток із поєднаною венозною патологією у басейні сафенових і несафенових вен використали в комплексі опитувальник CIVIQ-20 і шкалу ступеня тяжкості перебігу хронічного захворювання вен VCSS.

Усім 85 пацієнткам запропоновано лікування на їх вибір: консервативне або відкрите хірургічне. На основі їх відношення до лікування сформували три групи вагітних для вивчення в них ЯЖ і ТПХЗВ.

Серед 25 (29,41 %) пацієнток із першої групи 5 повністю відмовилися від лікування з тих чи інших причин, 20 – отримували нерегулярно, не в

повному об'ємі. У цій групі вагітних в 16 мало місце поєднання варикозного розширення вен у басейні ВПВ та промежини, у 6 – у басейні ВПВ та пахового каналу, в 3 – у басейні ВПВ, пахового каналу та промежини. У всіх пацієнток цієї групи діагностовано наявність ПВР.

30 (35,29 %) вагітних із другої групи отримували консервативне лікування у поєднанні з компресійною терапією. Проводили консервативну терапію флеботропними препаратами, які дозволено приймати під час вагітності у терміни, які рекомендують виробники в поєднанні з компресійною терапією у II триместрі вагітності – 23 пацієнткам, в III триместрі – 7. У цій групі в 6 вагітних мало місце поєднання варикозного розширення вен у басейні ВПВ пахового каналу та промежини, у 18 – варикозне розширення вен у басейні ВПВ та промежини, в 6 – варикозне розширення вен у басейні ВПВ, МПВ та пахового каналу. В 100 % пацієнток цієї групи діагностовано наявність ПВР, у 76,3 % вагітних носив вертикальний характер, що поширювався крізь ПСС у 20 жінок й у 6 – крізь ППС, в 9 – крізь вени пахового каналу, в 19 – крізь гілку *v. pudenda int.* по каналі Алькокка в перонеальні вени (вени промежини), у 20,2 % – горизонтальний крізь декомпенсовані перфорантні вени гомілки й у 13,5 % – поєднані форми.

Третю групу склали 30 (35,29 %) пацієнток, які дали згоду на відкрите хірургічне втручання, що було доповнене компресійною терапією за потреби. У цій групі в 16 жінок мало місце поєднання варикозного розширення вен у басейні ВПВ та пахового каналу вени, з якого поширилось на зовнішні статеві органи, у 8 – варикозне розширення вен басейну сафенових вен (ВПВ, МПВ), пахового каналу вени, з якого поширились на нижню кінцівку, в 6 – варикозне розширення вен у басейні МПВ плюс ВПВ, промежини. ПВР діагностовано у 100 % пацієнток із цієї групи, в якій у 89,1 % вагітних носив вертикальний характер, поширювався крізь ПСС у 20 вагітних, в 6 – крізь ППС, у 9 – крізь вени пахового каналу, в 19 – крізь гілку *v. pudenda int.*, яка поширювалась по каналі Алькокка в перонеальні вени (вени промежини), у 10,1 % – горизонтальний, крізь декомпенсовані перфорантні вени гомілки й у 0,8 % – поєднані форми.

Серед 30 пацієнток із цієї групи 16 перебували в II триместрі вагітності, 14 вагітних – у III триместрі, яким проведено комплексне лікування, що включало відкрите мініхірургічне втручання, яке направлене на ліквідацію наявних ПВР у ПСС і/або ППС за необхідності з перев'язкою вен пахо-

вого каналу в ділянці зовнішнього пахового кільця, вен промежини з видалення варикозних конгломератів на нижніх кінцівках зі збереженням стовбурів великої та/або малої підшкірних вен під тумісцентною анестезією в одну сесію. А також носінням, за відсутності протипоказань до використання, упродовж як мінімум 10 днів у післяопераційному періоді еластичних панчіх класу компресії 2, надалі – лише при потребі під час фізичних навантажень. Медикаментозної підтримки у післяопераційному періоді й упродовж вагітності не потребували.

Зауважили, що у хворих в трьох групах показники ЯЖ, ТПХЗВ до лікування не відрізнялися й мали чітку тенденцію до погіршення зі збільшенням терміну вагітності. При поєднаному варикозному розширенні вен одним із спільних критеріїв оцінки ЯЖ та ТПХЗВ була суб'єктивна оцінка болю, який відмічено в усіх наших пацієнток, але має різну інтенсивність і «забарвлення», залежно від варіантів поєднання у вищеперерахованих венозних басейнах ПСВРВ. По-перше, біль пацієнтки оцінюють не як суму больових відчуттів у кожному басейні поєднаної венозної патології, а як оцінку білу, якій домінував в одному із басейнів залежно від положення тіла вагітної (в горизонтальному чи у вертикальному), особливо при переході з горизонтального у вертикальне і навпаки. По-друге, тільки у 12,3 % пацієнток з поєднаною венозною патологією відмічають біль у басейні сафенових вен в стані спокою (вагітні – у горизонтальному положенні в ліжку на лівому боці). По-третє, пацієнтки виділяють «домінуючий біль», що найбільше турбує в одному з вищеперерахованих басейнів, тоді як біль також існує, але він менш виражений в інших венозних басейнах. По-четверте, біль мігрує при переході вагітної із горизонтального положення у вертикальне, у венозні басейни пахового каналу, промежини через наростання величини ПВР, що пов'язано, на нашу думку, зі зростанням внутрішньочеревного тиску. По-п'яте, ступінь болю в кожній з цих ділянок може змінюватися протягом доби залежно від об'єму, характеру фізичних навантажень. Це, на нашу думку, пов'язане з психологією жінки і її неознаністю про можливість надання допомоги з такою патологією. Акушери-гінекологи мало звертають увагу на цю патологію до пологів.

Вивчивши, зі слів пацієнток, характеристики болю у трьох групах із поєднаною формою венозної патології до лікування, відзначили, що він має тенденцію до прогресування з триместру до триместру. В більшості (90 %) випадків біль наростає до кінця доби, що вимагало у 15 % вагітних приймати

знеболювальні препарати, призводячи таким чином до зменшення тривалості соціальної активності у 45 % вагітних, негативно вплинуло на психологічний стан у 56 % вагітних. Має місце специфічна характеристика болю в промежині та зовнішніх статевих органах. Вагітні скаржаться (56 %) на відчуття хворобливого розпирання в цих басейнах, який наростає до кінця робочого дня, під час ходьби, 12 % пацієнток скаржаться на хворобливу деформацію зовнішніх статевих органів варикозними конгломератами, у 2 % вагітних з'являється страх перед і при фізіологічних випорожненнях через наростання болю.

Причиною прогресування болю в першій групі вагітних, які не отримували адекватного систематичного лікування протягом спостереження, клінічно відзначили наростання ТПХЗВ у нижніх кінцівках через збільшення варикозної трансформації у венах басейну сафенових вен, поширення вен промежин на нижні кінцівки, також поширення вен із пахового каналу в зовнішні статеві органи й на нижню кінцівку. Це зумовлено поєднанням поширенням ПВР, згідно з даними ДУЗД, у ці венозні басейни. Крім болю відзначили прогрес розширення існуючих вен та появу нових. Поширення варикозно розширених вен із пахового каналу в зовнішні статеві органи з формуванням варикозних конгломератів у них сприяло деформації зовнішніх статевих органів. Наростали й стабільно утримувалися набряки м'яких тканин стопи у 56,3 % і в нижній третині гомілки у 13,4 %, які не зникали після нічного відпочинку. За даними дуплексного сканування, в процесі динамічного спостереження у 100 % вагітних ПВР, виявлені на початку дослідження, утримувалися протягом вагітності, а у 15,1 % випадків з'явилися нові.

У другій групі вагітні отримували консервативне лікування, розпочате у 89,3 % вагітних в II триместрі, у 10,7 % – у III флеботропними препаратами в терапевтичному дозуванні згідно з рекомендаціями виробника, які дозволені до приймання під час вагітності у вигляді загального застосування, при необхідності і/або у поєднанні з місцевим їх застосуванням та з використанням одночасно еластичного трикотажу класу компресії 2, у вигляді панчіх, колгот або гольфів. Необхідно зазначити, що 90 % пацієнток переважно щоденно носили компресійний трикотаж тільки при ПСВРВ у басейні сафенових вен, разом з тим в басейнах несафенових вен (басейн пахового каналу, промежини) не використовували через особливості локалізації патологічного процесу і за відсутності адекватного трикотажного виробу. Надалі вагітні користувалися еластичним компресійним трико-

тажем (класу компресії 2) до і після пологів. У цій групі в 56 % вагітних мав місце регрес болю. Також еластичний трикотаж не впливав на джерело ПВР у ділянці ПСС. Окрім того, екстравазальна компресія ВПВ сприяла переповненню венозною кров'ю варикозних конгломератів зовнішніх статевих органів через вертикальний рефлюкс крізь підшкірно-стегнове співустя у проксимальні її гілки, особливо v. pudenda ext. Відзначено у 56,5 % вагітних прогресування варикозного розширення вен зовнішніх статевих органів, промежини, пахового каналу та нижніх кінцівок. При динамічному вивченні шляхом дуплексного сканування вен нижніх кінцівок, пахового каналу, промежини впливу лікування на стан ПВР відзначили його збереження в усіх 30 вагітних, у 15,9 % пацієнток діагностовано прогресування ПВР, поширення його у дистальному напрямку як у ВПВ, так і в МПВ, поява нових ділянок венозної системи з наявністю патологічних рефлюксів (горизонтальних та/або вертикальних). Поліпшення психологічного, емоційного, соціального статусу відзначено у 34 % пацієнток.

Серед вагітних третьої групи через 24–48 год після операційного втручання відзначили зміни у характеристиці болю. Акцентували на нього в післяопераційних ранах, який незначно підсилювався при фізичних навантаженнях, ходьбі. Не турбував вагітних біль, особливо у ділянці промежини, зовнішніх статевих органів. Усі оперовані відмітили відсутність болю при фізіологічних випорожненнях, які дошкуляли до операції. У післяопераційному періоді набряк м'яких нижніх тканин кінцівок, промежини та зовнішніх статевих органів мав у 76,3 % тенденцію до стабільного зменшення, в 23,3 % утримувався на стопах, але після ночі був відсутній, а у 71 % пацієнток був відсутній упродовж доби.

Варикозні конгломерати в ділянці зовнішніх статевих органів, промежини зменшились, не збільшувались при напруженні й при проведенні проби Вальсальви. Післяопераційні рани спокійні. Відмічено значне поліпшення фізичного стану в 96 % випадків, що позитивно вплинуло на психоемоційний стан та соціальну активність у 90 % вагітних. Операційне втручання не вплинуло негативно на перебіг вагітності, розвиток плода та стан матері. За даними дуплексного сканування, ділянки з патологічними венозними рефлюксами, виявлені до операції, не функціонують так як перев'язані, нових рефлюксів не виявлено. Компресійний трикотаж класу компресії 2 пацієнтки використовували за потреби, особливо при довготривалих фізичних навантаженнях. Медикамен-

З ДОСВІДУ РОБОТИ

тозної підтримки в післяопераційному періоді вагітні не потребували.

Аналізуючи вплив методів лікування на ЯЖ та ТПХЗВ вагітних, які страждали від поєданого первинного симптоматичного прогресуючого варикозного розширення вен нижніх кінцівок, промежин і пахового каналу, зовнішніх статевих органів, дійшли висновку, що якісно проведене відкрите хірургічне лікування даної патології най-

більш ефективне та тривале за позитивними результатами (табл. 1, 2). ЯЖ і ТПХЗВ у третій групі відповідно поліпшились на 42,85 і 69,59 %. Щодо консервативного лікування в другій групі пацієнток, згідно з опитувальником CIVIQ-20 та шкалою VCSS, відмічене поліпшення цих показників відповідно на 6,68 та 17,6 %. Поміж 25 вагітних із першої групи зазначено погіршення показників ЯЖ і ТПХЗВ відповідно на 3,2 та 33,63 %.

Таблиця 1. Результати тестування якості життя вагітних до та після лікування за шкалою опитувальника CIVIQ-2

Група	До лікування (бали)	Після лікування (бали)	p
Перша (не ліковано)	62,3±2,2	64,3±12,5	≥0,06
Друга (отримували консервативне лікування)	63,3±1,5	59,2±2,5	≥0,08
Третя (прооперовані)	62,3±1,1	35,5±-2,3	≥0,05

Таблиця 2. Шкала оцінки тяжкості хронічного захворювання вен (VCSS) у вагітних до лікування та після нього

Група	До лікування (бали)	Після лікування (бали)	p
Перша (не ліковано)	11,3±0,9	15,1±2,1	≥0,05
Друга (отримували консервативне лікування)	12,1±1,1	14,2±1,5	≥0,04
Третя (прооперовані)	12,8±0,8	3,9±1,5	≥0,04

Висновки. 1. Поєдане первинне симптомне хронічне варикозне розширення вен нижніх кінцівок, промежини, зовнішніх статевих органів, пахового каналу належать до захворювань із прогресуючим перебігом, впливають на перебіг вагітності та ЯЖ пацієнток.

2. Використання опитувальника CIVIQ-20 та шкали клінічної тяжкості перебігу хронічного захворювання вен (VCSS) для вивчення впливу на ЯЖ методів лікування пацієнток є максимально специфічним.

3. Результати дослідження ЯЖ несуть цінну додаткову інформацію про роль методів лікування хронічної венозної недостатності, що дозволяє поліпшити порозуміння між лікарем та пацієнткою у досягненні найкращих результатів при лікуванні.

Конфлікт інтересів. Автори декларують відсутність конфлікту інтересів.

Джерела фінансування. Власні кошти авторів.

Внесок авторів. При написанні статті автори взяли однакову участь.

REFERENCES

1. Eberhard R, Horst E. Gerlach. Praktische Phlebologie. 2. Auflage. 2005 Frank Padberg. Regarding "Evaluating outcomes in chronic venous disorders of the leg". Development of a scientifically rigorous. Patient-reported measure of symptoms and quality of life. *Jof. vascular surgery*. 2003; 37:911-12.
2. Dzyubanovs'kyu IYa, Prodan AM, Pyatnochka OZ. Ul'trazvukovi zminy pry varykoznii khvorobi nyzhnikh kintsivok na foni dysplaziyi spoluchnoyi tkanyny [Ultrasound changes in varicose veins of the lower extremities on the background of connective tissue dysplasia].

Ukrayins'kyi zhurnal khirurhiyi. 2017; 2(33):21-7. DOI: 10.22141/1997-2938.2.33.2017.107646. Ukrainian.
3. Ramelet AA, Kern P, Perrin M. Les varices et telangiectasies. Masson. Paris. 2003.
4. Bell D, Kane PB, Liang S, Conway C, Tornos C. Vulvar varices an uncommon entity in surgical pathology. *Int. J. Gynecol. Pathol*. 2007; 26(1):99-101.
5. Fassiadis N. Treatment for pelvic congestion syndrome causing pelvic and vulvar varices. *Int. Angiol*. 2006; 25(1):1-3.

5. Novik AA, Ionova TI. Guide to the study of quality of life in medicine; edited by Acad. RAMSYu. L. Shevchenko.-2nd rev. M.: CJSC "OLMA Media Group", 2007; 320.
6. Kurz X. et al. Do varicose veins affect quality of life? Results of an international population-based study. *J. Vasc. Surg.* 2001; 34(4):641-48.
7. Gollinelli D. Role of quality of life studies in tyke reimbursement of medicines. *Quall Life.* 1998.
8. Allegra C, Antignani PL, Will K, Allaert F. Acceptance, compliance and effects of compression stockings on venous functional symptoms and quality of life of Italian pregnant women. *Int Angiol.* 2014 Aug.; 33(4):357-64.
9. Launois R, Mansilha A, Lozano F. Linguistic validation of the 20 item-chronic venous disease quality-life questionnaire (CIVIQ20). *Phlebology.* 2014; 2637:484-87.

Отримано 01.05.2025

Електронна адреса для листування: kisi12016@ukr.net

V. M. ANTONYUK-KISIL^{1,3,4}, I. YA. DZIUBANOVSKIY², V. M. YENIKEEVA¹, B. S. LICHNER¹, D. M. AFONIN³

¹Municipal Institution «Regional Perinatal Center» of the Rivne Regional Council, Rivne, Ukraine

²I. Horbachevsky Ternopil National Medical University, Ternopil, Ukraine

³State Institution «Luhansk State Medical University», Rivne, Ukraine

⁴Rivne State University for the Humanities, Rivne, Ukraine

DYNAMICS OF THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH COMBINED PRIMARY SYMPTOMATIC VARICOSE VEINS OF THE LOWER LIMBS, AXILLARY CANAL AND PERINEAL DURING PREGNANCY DEPENDING ON TREATMENT METHODS

The aim of the work: to conduct a comparative assessment of the quality of life of patients with combined primary symptomatic varicose veins of the lower extremities, inguinal canal and perineum during pregnancy, depending on the methods of treatment.

Materials and Methods. The quality of life was analyzed in 85 pregnant women with combined primary symptomatic progressive varicose veins of the lower extremities, perineum, and inguinal canal. The analysis was performed in the dynamics before and after treatment during pregnancy, depending on the treatment method. The CIVIQ-20 questionnaire was used to assess the quality of life before and after treatment. The severity of chronic venous disease was studied using the VCSS scale. Duplex ultrasound was used to study changes in venous hemodynamics of the lower extremities (superficial and deep), inguinal canal, and perineum before and after treatment.

Results. Pregnant women were divided into 3 groups depending on the method of treatment. Patients of the first group consisting of 25 (29. %) pregnant women, 5 of whom completely refused treatment for one reason or another, 20 received treatment irregularly, not in full. Pregnant women of the second group consisting of 30 (35.29 %) patients received conservative treatment in combination with compression therapy. The third group, 30 (35.29 %) patients who agreed to open surgery, which was supplemented with compression therapy as needed. Treatment was carried out in 70.59 % of patients in the II–III th trimesters of pregnancy in the volume according to indications, depending on the trimester also at the request of patients. Analyzing the effect of treatment methods on the quality of life and severity of chronic vein disease of pregnant women suffering from combined primary symptomatic progressive varicose veins of the lower extremities, perineum and inguinal canal, external genital organs, we came to the conclusion that qualitatively performed, according to patients, open surgical treatment of this pathology is the most effective and long-lasting in terms of positive results both during pregnancy and in the postpartum period.

Conclusions. Combined primary symptomatic progressive chronic varicose veins of the lower extremities, perineum, external genitalia, and inguinal canal belong to diseases with a progressive course that affect the course of pregnancy and quality of life. The use of the CIVIQ-20 questionnaire and the VCSS clinical severity scale is maximally specific for patients with chronic venous disease. The results of the QOL study provide valuable additional information about the role of treatment methods in chronic venous insufficiency.

Key words: quality of life in pregnant women; CIVIQ-20 questionnaire; pathological venous reflux.

Відомості про авторів

Антонюк-Кисіль В. М. – доктор медичних наук, професор, ординатор-хірург судинного відділення екстрагенітальної патології Комунального підприємства «Обласний перинатальний центр» Рівненської обласної ради, Рівне, Україна, e-mail: kisi12016@ukr.net.

Дзюбановський І. Я. – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри хірургії факультету післядипломної освіти закладу вищої освіти, Тернопільський національний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України, Тернопіль, Україна, e-mail: dzubanovsky@tdmu.edu.ua.

Єнікеєва В. М. – кандидат медичних наук, директор Комунального підприємства «Обласний перинатальний центр» Рівнен-

З ДОСВІДУ РОБОТИ

ської обласної ради, Рівне, Україна, e-mail: *perinatalctntr.rivne@gmail.com*.

Лічнер Б. С. – ординатор-хірург Комунального підприємства «Обласний перинатальний центр» Рівненської обласної ради, Рівне, Україна, e-mail: *perinatalctntr.rivne@gmail.com*.

Афонін Д. М. – кандидат медичних наук, доцент кафедри хірургії і хірургії післядипломної освіти Вищого державного закладу «Луганський державний медичний університет», Рівне, Україна, e-mail: *docentdn007@gmail.com*.

Information about the authors

Antonyuk-Kysil V. M. – DSc (Medicine), Professor, Resident Vascular Surgeon, Department of Extragenital Pathology of the Municipal Institution «Regional Perinatal Center» of the Rivne Regional Council, Rivne, Ukraine, e-mail: *kisil2016@ukr.net*.

Dziubanovskyi I. Ya. – DSc (Medicine), Professor, Head of the Department of Surgery, Faculty of Postgraduate Education, I. Horbachevsky Ternopil National Medical University, Ternopil, Ukraine, e-mail: *dzubanovsky@tdmu.edu.ua*.

Yenikeeva V. M. – PhD (Medicine), Director of the Municipal Institution «Regional Perinatal Center» of the Rivne Regional Council, Rivne, Ukraine, e-mail: *perinatalctntr.rivne@gmail.com*.

Lichner B. S. – Resident Surgeon of the Municipal Institution «Regional Perinatal Center» of the Rivne Regional Council, Rivne, Ukraine, e-mail: *perinatalctntr.rivne@gmail.com*.

Afonin D. M. – PhD (Medicine), Associate Professor of the Higher Education Institution “Luhansk State Medical University”, Department of Surgery and Postgraduate Surgery, Rivne, Ukraine, e-mail: *docentdn007@gmail.com*.