

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ
М. І. ПИРОГОВА

Антонюк-Кисіль Володимир Миколайович

УДК 616.14-007.64:618.3-089

**МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНИЙ ПІДХІД ДО ВИБОРУ МЕТОДУ
ХІРУРГІЧНОЇ КОРЕКЦІЇ І ПОПЕРЕДЖЕННЯ ВЕНОЗНИХ
УСКЛАДНЕНЬ ПРИ ПОЄДНАНОМУ ПЕРВИННОМУ
ПРОГРЕСУЮЧОМУ ВАРИКОЗНОМУ РОЗШИРЕННІ ВЕН
НИЖНІХ КІНЦІВОК, ПРОМЕЖИНИ, ПАХОВОГО КАНАЛУ ТА
ЗОВНІШНІХ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ У ВАГІТНИХ**

14.01.03 – хірургія

АВТОРЕФЕРАТ
дисертації на здобуття наукового ступеня
доктора медичних наук

Вінниця – 2021

Дисертацією є рукопис.

Робота виконана в Тернопільському національному медичному університеті імені І. Я. Горбачевського МОЗ України.

Науковий консультант: доктор медичних наук, професор **Дзюбановський Ігор Якович**, заслужений діяч науки та техніки, Тернопільський національний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України, завідувач кафедри хірургії факультету післядипломної освіти.

Офіційні опоненти: доктор медичних наук, професор **Шапринський Володимир Олександрович**, Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова МОЗ України, завідувач кафедри хірургії № 1;

доктор медичних наук, професор **Русин Василь Іванович**, лауреат державної премії України, заслужений лікар України, Ужгородський національний університет, професор кафедри хірургічних хвороб;

доктор медичних наук, професор **Василюк Сергій Михайлович**, Івано-Франківський національний медичний університет, завідувач кафедри хірургії № 1.

Захист дисертації відбудеться «27» квітня 2021 року о ___ год ___ хв. на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 05.600.01 у Вінницькому національному медичному університеті імені М. І. Пирогова МОЗ України (21018, м. Вінниця, вул. Пирогова, 56).

З дисертацією можна ознайомитись у бібліотеці Вінницького національного медичного університету імені М. І. Пирогова МОЗ України (21018, м. Вінниця, вул. Пирогова, 56).

Автореферат розіслано «27» березня 2021 року.

Вчений секретар
спеціалізованої вченої ради Д 05.600.01
доктор медичних наук, професор

С. Д. Хіміч

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

Актуальність теми. Згідно з даними офіційної статистики МОЗ України поширеність усіх форм венозних ускладнень складає 27–28,5 на 1000 вагітних [Митник З.М., 2010]. Варикозне розширення підшкірних вен нижніх кінцівок, за даними різних авторів, спостерігається у 2–50 % вагітних. Більш як у половини вагітних (60–80 %) захворювання виникає під час вагітності і становить 5,6 % із всієї екстрагенітальної патології при вагітності [Marsden G., 2013; Gavornik P. 2015; Василюк С.М., 2018].

Висока частота тромбофлебітичних (до 10 %) [Ropaska-Lesiak M., 2012], тромбоемболічних ускладнень у 0,6 % у вагітних, а з даною патологією впродовж вагітності і в післяпологовому періоді досягає за джерелами літератури до 20–30 % [Lim C.S., 2009; Русин В.І. і співавт., 2018, Lai J., 2018]. Після пологів тромбоемболічні ускладнення спостерігаються в 3–6 разів частіше, ніж до пологів, а при родорозрішенні кесарським розтином даний ризик зростає в 10–15 разів [Вдовиченко Ю.П., 2013]. При цьому смертність від тромбоемболічних ускладнень коливається від 0,23 до 2,7 на 10 тисяч пологів і в структурі материнської смертності становить 2,8–9,2 % [Голяновський О.В., 2015].

У вагітних із варикозною хворобою нижніх кінцівок у 53,7 % спостерігається прогресування захворювання [Петров В.В., 2011]. Частіше під час вагітності зазнає ураження басейн великої, ніж малої підшкірної вени у співвідношенні 3:1, а у 15 % випадків – у поєднанні [Сабадош Р.В., 2020]. Тільки в 9,7 % випадків уражається стовбур і/чи закінчення сафенних вен. У 6–8 % спостерігається варикозне розширення вен зовнішніх статевих органів та промежини, яке залишається після пологів у 2–3 % жінок.

Консервативна терапія є неефективна у 65 % випадків, прогресує під час вагітності та після неї у 70 % випадків [Шапринський В.О., 2016; Петрушенко В.В. і співавт., 2018], а тому на даний час немає остаточної думки щодо використання веноактивних препаратів як під час вагітності в цілому, так і в окремих її триместрах [Дженина О.В., 2019].

Згідно з літературними даними є лише поодинокі спроби операційного лікування первинного прогресуючого розширення вен нижніх кінцівок при певних його формах [Усенко О.Ю. і співавт., 2015], а хірургічну корекцію варикозного розширення вен пахового каналу, промежини та статевих губ під час вагітності з метою профілактики венозних ускладнень не виконують на теренах держави.

Все це спонукає до модернізації існуючих протоколів та настанов із переходом до персоналізованого підходу до вибору хірургічної тактики лікування варикозної хвороби під час вагітності. Тому дана робота є одним із перших наукових досліджень присвячених даній проблемі з програмованим виконанням превентивних патогенетично обґрунтованих гемодинамічних операцій на венозній системі у вагітних в умовах відділення екстрагенітальної патології.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертаційне дослідження є фрагментом планової науково-дослідної роботи кафедри хірургії факультету післядипломної освіти Тернопільського

національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського МОЗ України на тему «Розробка нових відкритих (міні-доступ) і лапароскопічних операційних втручань при лікуванні захворювань органів черевної порожнини на принципах мультимодальної програми «fast track surgery» (№ держреєстрації 0119U002805). Здобувач є співвиконавцем зазначеної НДР.

Мета дослідження – розробка комплексу заходів, спрямованих на запобігання локальним і системним венозним ускладненням, підвищення безпеки і ефективності відкритого мініінвазивного хірургічного лікування первинного, прогресуючого варикозного розширення вен нижніх кінцівок, промежини, пахового каналу та зовнішніх статевих органів та їх поєднаних форм під час вагітності на основі принципів «fast track surgery».

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати структуру та динаміку варикозних змін за даними клінічного обстеження та дуплексного ангіосканування сафенних, несафенних та поєднаних форм варикозного розширення вен під час вагітності.

2. Дослідити вплив первинного, прогресуючого варикозного розширення вен нижніх кінцівок, промежини, пахового каналу та зовнішніх статевих органів і поєднаних їх форм до та після операційного втручання на показники фето-плацентарного кровотоку.

3. Встановити показання до мініінвазивних відкритих операційних втручань на основі сонографічно виявлених патологічних рефлюксів басейну сафенних та несафенних вен та їхніх поєднаних форм для активної профілактики венозних ускладнень під час вагітності та післяпологового періоду.

4. Науково обґрунтувати вибір заходів безпеки в периопераційному періоді під час вагітності за умови первинного прогресуючого варикозного розширення вен нижніх кінцівок, промежини, пахового каналу та зовнішніх статевих органів та при поєднаних формах захворювання.

5. Розробити та впровадити одноетапні мініінвазивні відкриті гемодинамічні операції під час вагітності та радикальні в міжпологовому періоді методи хірургічного лікування варикозного розширення вен сафенного, несафенного басейну та їхніх поєднаних форм.

6. Дослідити роль недиференційованої дисплазії сполучної тканини в розвитку та перебігу поєданого первинного прогресуючого варикозного розширення вен нижніх кінцівок, промежини, пахового каналу та зовнішніх статевих органів під час вагітності та ймовірність рецидиву після операції.

7. Розпрацювати та впровадити мультидисциплінарну програму «fast track surgery» для хірургічного лікування поєданого первинного прогресуючого варикозного розширення вен нижніх кінцівок, промежини, пахового каналу та зовнішніх статевих органів під час вагітності.

8. Провести порівняльну оцінку результатів хірургічного лікування поєданого первинного прогресуючого варикозного розширення вен нижніх кінцівок, промежини, пахового каналу та зовнішніх статевих органів під час вагітності.

9. Оцінити якість життя оперованих вагітних.

Об'єкт дослідження: варикозне розширення вен нижніх кінцівок, промежини, пахового каналу та зовнішніх статевих органів.

Предмет дослідження: клініко-сонографічні зміни при сафенному, несафенному типі варикозу та їх поєднаних формах, стан фето-плацентарного кровотоку, особливості премедикації та знеболення під час вагітності, мультидисциплінарна програма «fast track surgery», критерії якості життя.

Методи дослідження: клінічні (об'єктивне дослідження для виявлення форми варикозного розширення вен вагітних) та тяжкості захворювання за допомогою шкал VSS, VCSS, VDS; інструментальні (ультразвукове ангіосканування за допомогою апарата ESAOTE MyLab Class (Італія), Philips Austria HD-7 (Австрія) з функцією кольорового доплерівського картографування, кардіотокографія апаратом TEAMKARE V7.43, доплерометрія судин апаратом LandWind Mirror II (Італія) з лінійним датчиком із частотою 8–10 MHz.); статистична обробка отриманих результатів дослідження.

Наукова новизна отриманих результатів. Робота є комплексним дослідженням із розробки заходів на основі принципів «fast track surgery», спрямованих на запобігання локальним та системним венозним ускладненням при хірургічному лікуванні первинного, прогресуючого варикозного розширення вен нижніх кінцівок, промежини, пахового каналу та зовнішніх статевих органів та поєднаних форм під час вагітності та міжпологовому періоді.

Наукова новизна полягає в розпрацюванні і впровадженні нового напрямку лікування варикозної хвороби під час вагітності шляхом ремоделювання малотравматичних, патогенетично обґрунтованих, гемодинамічних втручань на венозній системі в другому–третьому триместрі, безпечних для матері та плоду в умовах спеціалізованого акушерського стаціонару.

У результаті проведення дослідження одержано нові наукові дані, а саме:

- вперше на основі аналізу динаміки дуплексного ангіосканування встановлено механізми розвитку патологічних рефлюксів при сафенному, несафенному та їх поєднаних формах типах варикозної хвороби під час вагітності;

- науково обґрунтовано вибір заходів безпеки на етапах операційного втручання для плоду та вагітної за умови поєданого, первинного, прогресуючого варикозного розширення вен промежини, пахового каналу та зовнішніх статевих органів;

- науково доведено переваги планового операційного втручання за умови поєданого, первинного, прогресуючого варикозного розширення вен промежини, пахового каналу та зовнішніх статевих органів для профілактики гострих венозних ускладнень під час пологів;

- розпрацьовано та впроваджено удосконалені варіанти гемодинамічних операцій типу CHIVA та ASVAL при різних типах поєданого, первинного, прогресуючого варикозного розширення вен нижніх кінцівок, промежини, пахового каналу та зовнішніх статевих органів під час вагітності;

- за даними дослідження вперше апробовано та впроваджено мультидисциплінарну програму «fast track surgery» для хірургічного лікування поєданого первинного прогресуючого варикозного розширення вен нижніх

кінцівок, промежини, пахового каналу та зовнішніх статевих органів під час вагітності;

- за показниками шкал VCSS, VSD достовірно стверджено клінічну ефективність планового лікування поєданого первинного прогресуючого варикозного розширення вен нижніх кінцівок, промежини, пахового каналу та зовнішніх статевих органів під час вагітності порівняно з неоперованими вагітними;

- науково встановлено, що виконання превентивного операційного лікування первинного прогресуючого варикозного розширення вен нижніх кінцівок, промежини, пахового каналу та зовнішніх статевих органів під час вагітності не впливає на показники фето-плацентарного кровотоку і не спричиняє акушерських ускладнень та зменшує число хірургічних (кесарський розтин) пологів.

Практичне значення отриманих результатів. Основні положення в роботі науково обґрунтовують доцільність та ефективність напрацьованих лікувально-профілактичних заходів, спрямованих на запобігання венозним ускладненням під час пологів. У результаті наукових досліджень розроблено та запроваджено в практичну діяльність органів охорони здоров'я:

- спосіб хірургічного лікування прогресуючого варикозного розширення вен статевих губ і промежини у вагітних (патент України корисну модель № 113836);

- спосіб хірургічного лікування прогресуючої варикозної хвороби нижніх кінцівок у вагітних (патент України корисну модель № 114886);

- спосіб виконання анестезії при хірургічному лікуванні варикозної хвороби нижніх кінцівок у вагітних в II–III триместрі (патент України корисну модель № 116266);

- спосіб хірургічного лікування варикозної трансформації вен у ділянках статевих губ та клітора (патент України корисну модель № 145141);

- спосіб хірургічного лікування варикозної трансформації вен у ділянках статевих губ та при вході в піхву (патент України корисну модель № 145376).

Апробовано та впроваджено в рутинну практику методику тумінесцентного знеболення при операціях із приводу поєданого первинного прогресуючого варикозного розширення вен нижніх кінцівок, промежини, пахового каналу та зовнішніх статевих органів у вагітних.

Запропонована мультидисциплінарна програма «fast track surgery» для хірургічного лікування поєданого первинного прогресуючого варикозного розширення вен нижніх кінцівок, промежини, пахового каналу та зовнішніх статевих органів під час вагітності дала можливість забезпечити у 89,29 % випадків пологів природнім шляхом без кровотеч та зменшити число тромботичних ускладнень у 2 рази. Результати роботи впроваджено в клінічну практику обласних перинатальних центрів м. Рівне, м. Тернопіль, м. Луцьк.

Особистий внесок здобувача. Здобувач визначив актуальність проблеми, обґрунтував мету і завдання наукового дослідження; опрацював клінічний матеріал, виконав комплекс необхідних діагностичних заходів, контролював використання інструментальних методів діагностики, визначив показання та

лікувальну тактику у вагітних із поєднаним первинним прогресуючим варикозним розширенням вен нижніх кінцівок, промежини, пахового каналу та зовнішніх статевих органів і брав безпосередню участь у проведенні операційних втручань, виконуючи основні їх етапи. Автор провів аналіз результатів дослідження, обґрунтував висновки, сформулював наукове та практичне значення одержаних результатів, написав усі розділи дисертації, запропонував практичні рекомендації. В опублікованих у співавторстві роботах здобувач систематизував результати клінічних досліджень, проводив їхній аналіз. Співавторство інших дослідників полягало у консультативній допомозі та їхній участі в розробці окремих фрагментів наукової роботи.

Апробація результатів дисертації. Матеріали дисертаційного дослідження оприлюднено на XIV з'їзді акушерів-гінекологів України та науково-практичній конференції з міжнародною участю «Проблемні питання акушерства, гінекології та репродуктології в сучасних умовах» (м. Київ, 2016), науково-практичній конференції «Здобутки клінічної та експериментальної медицини» (м. Тернопіль, 2017), пленумі Асоціації акушерів-гінекологів України та науково-практичної конференції з міжнародною участю «Акушерство, гінекологія, та репродуктологія: освіта, клініка, наука» (м. Одеса, 2017), 1-му Буковинському хірургічному форумі: попередження ускладнень в абдомінальній хірургії (м. Чернівці, 2017), пленумі Асоціації акушерів-гінекологів України та науково-практичної конференції з міжнародною участю «Репродуктивне здоров'я в Україні: тенденції, досягнення, виклики та пріоритети» (до 90-річчя академіка Грищенка) (м. Київ, 2018), міжнародній науково-практичній міждисциплінарній конференції «Загальні механізми та закономірності розвитку хвороби та її корекції в аспекті хірургічної, педіатричної та терапевтичної патології» (м. Ужгород, 2018), науково-практичній конференції присвяченій 60-річчю з дня народження проф. В.М. Поліщука «Нестандартні ситуації в хірургії» (м. Рівне, 2018), конференції з міжнародною участю «IV Прикарпатський хірургічний форум» (м. Івано-Франківськ – м. Яремче, 2018), XVII конгресі Світової федерації Українських Лікарських товариств (м. Тернопіль, 2018), XVI з'їзді хірургів Республіки Білорусь і республіканській науково-практичній конференції «Хірургія Білорусі на сучасному етапі» (м. Гродно, 2018), 11-му Санкт-Петербурзькому Венозному форумі «Актуальні питання флебології» (м. Санкт-Петербург, 2018), Північно-західній конференції з міжнародною участю (м. Петрозаводськ, 2019), 12-му Санкт-Петербурзькому Венозному форумі «Актуальні питання флебології» (м. Санкт-Петербург, 2019), онлайн-конференції «Актуальні питання флебології» (м. Ярославль, 2020), 13-му Санкт-Петербурзькому Венозному форумі (Різдвяні зустрічі) (м. Санкт-Петербург, 2020), онлайн-конференції Асоціації флебологів Росії (м. Москва, 2020), науково-практичній конференції «Інноваційні технології в хірургії» з нагоди 100-річчя з дня народження Юрія Теофіловича Коморовського (м. Тернопіль, 2020).

Публікації. За матеріалами дисертаційного дослідження опубліковано 41 наукову працю, з них 16 статей у фахових виданнях України, 5 – в іноземних

періодичних виданнях, 15 публікації в матеріалах конгресу та конференцій, 5 патентів на корисну модель.

Структура та обсяг дисертації. Дисертація викладена на 312 сторінках комп'ютерного тексту і складається з анотацій, вступу, восьми розділів, висновків, практичних рекомендацій, списку використаних джерел 257 найменувань, додатків. Робота ілюстрована 69 таблицями і 33 рисунками.

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ

Матеріали і методи дослідження. Дисертаційна робота є комплексним дослідженням, яке включало обстеження та лікування вагітних із первинним хронічним захворюванням вен (ПХЗВ). В період із II кварталу 2015 року по I квартал 2020 року обстежено на базі відділення екстрагенітальної патології КНП «Обласний перинатальний центр» Рівненської обласної ради 23 194 вагітні. З них у 2459 (6,3 %) діагностовано різні форми ХЗВ. У своїй роботі використовували класифікацію CEAP у базисному варіанті (2004 р.), венозну термінологію VEIN-TERM (2009 р.). Комісією з біоетики Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського МОЗ України порушень морально-етичних норм при проведенні досліджень не виявлено (протокол № 62 від 11 січня 2020 р.).

Критерії включення в дослідження:

- вагітні в II та III триместрах із первинним хронічним захворюванням вен нижніх кінцівок, зовнішніх статевих органів та промежини з ризиком венозних ускладнень;
- прохідність глибоких вен нижніх кінцівок та малого таза (підтверджено сонографічно);
- пацієнтки, що дали згоду на операційне втручання, в тому числі з короткотермінового перебування в стаціонарі;
- згода на виконання втручання під місцевим знеболенням (тумесцентна анестезія) без медикаментозної премедикації.

Критерії виключення:

- відмова пацієнтки від дослідження;
- шкала оцінки болі не зрозуміла для пацієнтки;
- наявність алергічних реакцій на анестетика;
- психічна нерівноваженість пацієнтки;
- неможливість на період операційного втручання перебувати на спині або на лівому боці для запобігання проявам синдрому нижньої порожнистої вени.

Під час клінічного огляду серед 2459 вагітних у 248 (10,09 %) жінок в анамнезі встановлено гострий тромбофлебіт підшкірних вен гомілкового сегмента (91 (36,69 %)), стегнового сегмента (60 (24,19 %)), поєднання (97 (39,12 %)) під час попередніх вагітностей. У всіх випадках проведено консервативне лікування.

У 96 (3,90 %) жінок у період між вагітностями виконано операційні втручання з причини варикозної трансформації вен у басейні сафенних вен (67

(69,79 %) – «класична флебектомія» і у 29 (30,21 %) ендовенозна лазерна коагуляція). Рецидив виявлено у 21 (21,88 %) вагітної (у 12 (57,14 %) – істинний рецидив оперованої кінцівки за рахунок довгої кукси ВПВ з нелігованими приустьовими гілками та у 9 (42,86 %) – неістинний рецидив (пролонгація варикозної хвороби).

З II триместру вагітності всі вагітні з виявленими ознаками ПХЗВ отримували комплексну консервативну терапію (еластичний трикотаж + флебоактивні препарати). Позитивний ефект від проведеного лікування відмічено у 50,32 %.

У відповідності до цього та згідно класифікації CEAP нами виділено 1660 (67,51 %) вагітних з вираженим клінічними маніфестаціями варикозної патології венозної системи, яким було в змозі за допомогою УЗД встановити басейн ураження. Решта пацієток (32,49 %) мали клінічні форми C0 та C1. З 1660 (67,51 %) жінок з підтвердженим клініко-сонографічно варикозом нижніх кінцівок, промежини, пахового каналу, зовнішніх статевих органів згоду на операційне лікування дали 840 (50,60 %) жінок, що і склали проспективну групу. Всі неоперовані вагітні (1619 (65,84 %)) увійшли в ретроспективну групу. За класифікацією CEAP розподіл оперованих жінок наведено в таблиці 1.

Таблиця 1 – Клінічна форма варикозної хвороби згідно з класифікацією CEAP (2004) у оперованих вагітних (n=840).

CEAP	Абс., віднос.,%
C2s	443 (52,7)
C3s	396 (47,14)
C4s	1 (0,12)
Всього	840 (100)

Розподіл оперованих вагітних (n=840) за типами первинної варикозної хвороби вен: варикоз у басейні сафенних вен – 424 (50,47 %), варикоз у басейні несафенних вен – 278 (33,03 %), поєднана форма варикозного розширення вен – 138 (14,42 %).

Вагітні, що народжували вперше – 16 (12,5 %) пацієток; народжували повторно (дві і більше вагітностей) – 824 (87,5 %) пацієток. Оперували 660 (78,52 %) пацієток у II триместрі вагітності і 180 (21,48 %) вагітних у III триместрі.

Предиктори формування та розвитку ХЗВ у вагітних (n=840): генетичні (анамнестично) (550 (79,48 %)), недиференційована дисплазія сполучної тканини (НДСТ) – 56 (8,09 %), анатомічні (розташування матки) – 40 (5,78 %), перенесені запальні захворювання малого таза – 26 (3,76 %), після операційних втручань (аборти) – 10 (1,45 %), багатоплідна вагітність – 6 (0,87 %), багатоводдя – 4 (0,58 %).

Розподіл оперованих вагітних за часом виявлення варикозної хвороби відносно кількості перенесених вагітностей (n=840) наведено в таблиці 2.

Таблиця 2 – Терміни виявлення варикозної хвороби відносно перенесених вагітностей.

Вагітність	Абс., віднос., %
До першої вагітності (басейн сафенних вен)	10 (1,19)
Під час першої вагітності:	126 (15,0)
басейн сафенних вен	80 (11,56)
басейн несафенних вен	12 (1,73)
поєднання басейнів	34 (4,91)
При наступних вагітностях (дві і більше):	704 (83,81)
басейн сафенних вен	471 (53,61)
басейн несафенних вен	29 (4,19)
поєднання басейнів	204 (18,35)
Всього	840 (100)

Допплерівські дослідження судин пуповини, маткових артерій та середньомозкової артерії плоду виконували за допомогою апаратів ESAOTE MyLab Class (Італія), Philips Austria HD-7 (Австрія) з функцією кольорового доплерівського картографування. Оцінку стану фето-плацентарного кровотоку проводили за даними пульсаційного індексу, індексу резистентності, систолодіастолічного співвідношення та аналізу кривих кровотоків.

Кардіотокографію виконували за допомогою апарата TEAMKARE V7.43 з трактуванням результатів за допомогою автоматизованої системи критеріїв Доуза-Редмана. Комплексну оцінку основних параметрів біофізичного профілю плоду проводили за методикою А. Vintzileos і співавт. (1987).

Допплерометрія варикозно змінених судин нижніх кінцівок і пахового каналу Land Wind Mirror II (Італія) з лінійним датчиком з частотою 8–10 МГЦ в положенні лежачи, стоячи з виконанням проби Вальсальви.

Оцінку ефективності операційного лікування проводили згідно зі шкалою VCSS, VDS, VSDS. Оцінку якості життя визначали за шкалою CIVIQ-20. Оцінювали динаміку післяопераційного болю за ц-ВАШ (циркадна візуально аналогова шкала).

Для статистичної обробки результатів дослідження використано методи варіаційної статистики: середні для кожної ознаки, що вивчалася, похибки середньої арифметичної. Достовірність різниці значень між незалежними кількісними величинами визначали за допомогою t-критерію Стьюдента. Зміни вважали достовірними при $p < 0,05$. Для підрахунків використано програму Statsoft «Statistica» v.6.0.

Результати дослідження та їх обговорення. Стратегія хірургічного лікування вагітних із ПХЗВ була спрямована:

- на створення комплексу організаційних заходів для безпечного виконання відкритого хірургічного лікування як для плоду, так і вагітної, що включає персоніфікований, мультимодальний підхід до ведення пацієнток із даною

патологією впродовж усього періоду спостереження, виконання операційного втручання після 26 тижнів із використанням компонентів «fast track surgery»;

- на виконання ремодельованих мініінвазивних відкритих гемодинамічних хірургічних втручань (у тому числі високе лігування при підозрі на сафенний тромбофлебіт) при поєднаному первинному варикозному розширенні вен пахового каналу, статевих губ, промежини для запобігання венозним кровотечам та тромботичним ускладненням у другому–третьому триместрі вагітності в умовах відділення екстрагенітальної патології перинатального центру;
- на виконання радикальних типів операційних втручань при поширеному і поєднаному з сафенним типом варикозному розширенні вен у міжпологовому періоді при прогресуванні захворювання в умовах хірургічного стаціонару;
- на мінімізацію числа хірургічних пологів (кесарських розтинів) при варикозній патології зовнішніх статевих органів, пахового каналу та промежини.

Клініка прогресування первинного хронічного захворювання вен (n=840):

- щоденний біль, який значною мірою обмежував активність, потребував час від часу приймання знеболювальних препаратів – 783 (93,24 %);
- варикозні вузли, які збільшувалися в діаметрі і поширювалися на зовнішні статеві органи, промежину та нижні кінцівки – 670 (79,73 %);
- венозні набряки, що утримувалися постійно, за ніч зменшувалися, але впродовж дня мали тенденцію до наростання і поширення на нижні кінцівки, зовнішні статеві органи та промежину – 556 (66,21 %);
- неможливість займатися буденною працею в повному об'ємі, незважаючи на носіння компресійного трикотажу, використання венотонічних середників – 636 (75,70 %);
- судоми в нижніх кінцівках, із наростанням їхньої інтенсивності, частоти і тривалості – 295 (35,10 %);
- косметичні дефекти на відкритих частинах нижніх кінцівок, зовнішніх статевих органів – 239 (39,20 %).
- поєднання клінічних проявів захворювання – 813 (96,79 %).

Особливості розвитку первинного варикозного розширення вен нижніх кінцівок за даними дуплексного ангіосканування (n=562):

- варикозне розширення у 87,3 % випадків розвивалось із проксимальних відділів ВПВ і/або МПВ за рахунок неефективності термінального або претермінального клапанів;

- у 5 % вагітних внаслідок неспроможності клапанів у перфорантних венах стегна і/або гомілки;

- у 7,5 % пацієток у поєднанні неспроможності термінального або претермінального клапанів із неефективними клапанами перфорантних вен;

- у 80 % випадків захворювання прогресувало в дистальному напрямку впродовж вагітності і при наступних вагітностях;

- у 67,7 % випадків стовбури сафенних вен не були змінені, варикозному розширенню на ранніх стадіях захворювання піддавалися їх гілки з проксимальних відділів (верхня третина стегна і/або нижня третина стегна).

Первинне варикозне розширення вен пахового каналу (клінічно) (n=414):

- випинання різної величини в ділянці зовнішнього пахового кільця встановлено у 100 % пацієнток;
- утвір м'якоеластичної консистенції при пальпації неболючий, не бурчить, не вправляється в черевну порожнину при натисканні, спадається на деякий час, при натужуванні дещо збільшується;
- відчуття розпирання в ділянці пахового каналу зовнішніх статевих органів і промежини – у 326 (78,37 %) пацієнток;
- біль (різної інтенсивності) за ходом пахового каналу, промежини, по медіальній поверхні стегон – у 100 % вагітних;
- свербіж у ділянці промежини і зовнішніх статевих органах, нижніх кінцівок різної інтенсивності – у 126 (30,29 %);
- набряки м'яких тканин зовнішніх статевих органів, промежини, нижніх кінцівок – у 396 (95,19 %);
- варикозні конгломерати в цих ділянках виявлено у 100 % вагітних;
- деформація зовнішніх статевих органів варикозними конгломератами – у 100 % пацієнток.

Особливості вен пахового каналу при первинному варикозному розширенні вен пахового каналу згідно з сонографією (n=414):

- у венах пахового каналу в стані спокою (в лежачому положенні) кровотік не визначався;
- при проведенні проби Вальсальви, в стоячому положенні кровотік визначався за рахунок значного його підсилення у всіх вагітних;
- вени пахового каналу анастомозують у 314 (75,85 %) випадках із венами протилежного боку та сафенними венами;
- дрениуються в перфорантні вени на стегні і/або гомілки у 414 вагітних;
- у всіх випадках варикозні конгломерати розташовуються в просторі між поверхневою фасцією і шкірними покривами;
- вени нагадують «канат» або «мішечок із черв'яками»;
- відсутній кишківник і/або сальник (ознаки пахової грижі).

Сонографічна картина вигляду пахового каналу в стані спокою і при проведенні проби Вальсальви наведена на рисунку 1.

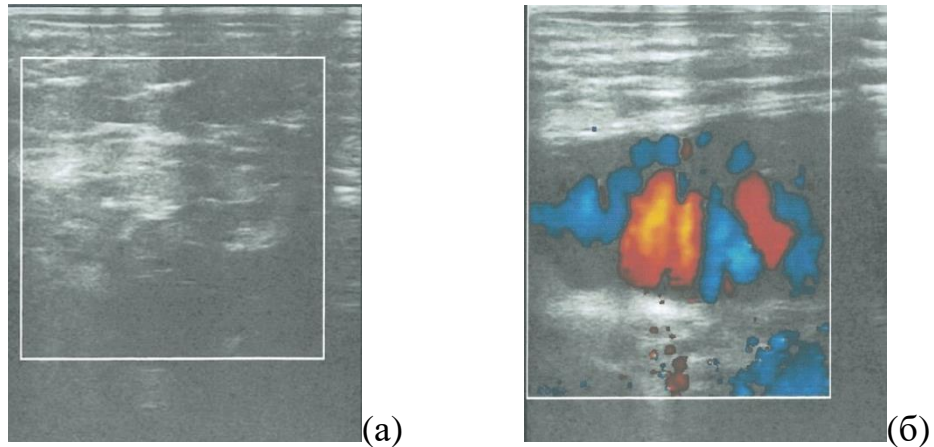


Рисунок 1 - УЗД варикозно розширених вен пахового каналу у стані спокою (а), при пробі Вальсальви (б).

Сонографічне обстеження дало можливість встановити локалізацію патологічних рефлюксів та варикозних конгломератів відносно анатомічних ділянок вагітної (табл. 3).

Таблиця 3 – Локалізація варикозно змінених вен відносно природного пологового шляху (підви)

Варикозне розширення вен великих і малих статевих губ	215 (51,68 %)
Варикозне розширення вен великих, малих статевих губ, клітора	44 (10,58 %)
Варикозне розширення вен великих, малих статевих губ, клітора і поодинокі варикозні вузли при вході в підви	34 (8,17 %)
Варикозне розширення вен великих і малих статевих губ та промежини (по медіальній поверхні стегна у верхній третині)	123 (29,58 %)

На основі клінічних та сонографічних даних сформовано показання до операційного лікування ПХЗВ у вагітних (табл. 4).

Таблиця 4 – Показання до операцій в проспективній групі (n=840)

Показання до операції	Кількість вагітних жінок
Прогресування клінічних проявів захворювання при відсутності позитивних результатів від консервативної терапії	492 (58,57 %)
- в басейні сафенних вен	283 (57,52 %)
- в басейні несафенних вен	76 (15,45 %)
- в поєднанні басейнів	133 (27,03 %)
Наростання косметичних дефектів	99 (11,79 %)
- в басейні сафенних вен	39 (39,38 %)
- в басейні несафенних вен	19 (19,19 %)
- в поєднанні	41 (41,41 %)

Активне запобігання акушерським кровотечам із варикознорозширених вен зовнішніх статевих органів під час природних пологів	108 (12,86 %)
Активна профілактика тромбофлебетичних і тромбоемболічних ускладнень	141 (16,79 %)
- при низхідному розвитку ПХЗВ	59 (41,84 %)
- при висхідному розвитку ПХЗВ	40 (28,37 %)
- в поєднанні	42 (29,79 %)

Протипоказання до операції:

З боку вагітної:

- гострий тромбоз глибоких вен нижніх кінцівок або перенесений тромбоз в анамнезі (підтверджений сонографічно);
- прояви артеріальної недостатності нижніх кінцівок;
- психічна нерівноваженість вагітної;
- виражені прояви синдрому нижньої порожнистої вени;
- загроза передчасних пологів;
- некорегована істміко-цервікальна недостатність;
- декомпенсований цукровий діабет;
- тяжка форма гестозу;
- прееклампсія, еклампсія;
- тромбофілії (підтвержені лабораторно).

З боку плоду

- затримка розвитку плоду;
- уроджені хвороби плоду.

Ми розпрацювали комплекс організаційних заходів для безпечного виконання відкритого планового хірургічного лікування як для плода, так і матері, що включає використання мультимодальної стратегії швидкого відновлення пацієнток із даною патологією впродовж усього періоду спостереження, виконання операційного втручання після 26 тижнів в умовах акушерського стаціонару.

Передопераційний етап включає:

1. Максимальне збереження звичайного способу життя до операції. Амбулаторну доопераційну підготовку виконували 98,4 % пацієнток без обмеження харчування, що зменшує відчуття страху, а отже, і передопераційний стрес
2. Госпіталізували 95,5 % пацієнток у стаціонар у день операційного втручання, що сприяло зниженню ризику розвитку внутрішньолікарняних інфекцій.
3. Оцінку і корекцію ризиків проводили в амбулаторних умовах.
4. Інформована згода вагітної:
 - 4.1. Пацієнтку інформували про ступінь зменшення проявів ХВН.

4.2. Пацієнтці пояснювали техніку самої операції, а також необхідність її активної участі в процесі відновлення, що включає дихальну гімнастику, ранню активізацію і харчування.

4.3. Як додаткові джерела інформації використовуємо інформацію пацієнток, що знаходяться в стаціонарі після однотипних операційних втручань. Спілкування з прооперованими пацієнтками, які знаходяться в стаціонарі, є найбільш дієвим аргументом.

4.4. Інформування пацієнтки про знеболення.

5. Помірне обмеження харчування та вживання рідин до операції.

Вимоги до операційного втручання:

- повинні мати мінімальний ризик розвитку загальних ускладнень з боку матері і дитини;
- не впливати на перебіг вагітності і розвиток плоду;
- мінімальний ризик ушкодження нервів, магістральних артерій і вен у ділянці операційного втручання;
- сприяти максимальній ефективності і надійності при усуненні патологічних рефлюксів і патологічних ділянок вен;
мала травматичність повинна поєднуватись із високою косметикою втручання;
- техніка втручання не має бути оптимальною, а саме операційне втручання тривати до 1 години;
- через 2–3 години після втручання пацієнтка не має відчувати вираженого болю.

Інтраопераційний етап включає:

1. «Класичну» медикаментозну премедикацію не проводили.
2. Відволікаюча терапія під час оперативного втручання.
3. Всім пацієнткам застосували місцеву анестезію, яка зменшувала до мінімуму хірургічний стрес (тумінесцентне знеболення проводили підігрітим розчином анестетика до температури 37 градусів концентрацією 0,25 %).
4. Використали мінімально агресивні відкриті хірургічні методи.
5. З метою запобігання розвитку синдрому нижньої порожнистої вени і/або аорто-кавального синдрому вагітну вкладали на операційний стіл на спину, але з поворотом операційного стола на від 15 до 30 градусів вліво залежно від окружності живота і стану м'язів передньої черевної стінки.

Особливості техніки варіантів ремодельованих операційних втручань

Всі операційні втручання проводили за методикою CHIVA (Conservatrice et Hémodynamique de l'Insuffisance Veineuse en Ambulatoire), суть якого полягала у виконанні мініінвазивного втручання тільки для усунення механізму підвищеного тиску без видалення самої вени, яка залишається у фасціальному ложі. При цьому розширену вену не видаляли, що робило операцію менш агресивною, і вона могла бути виконана без госпіталізації або з короткотривалим періодом перебування в

акушерському стаціонарі. При поєднанні несафенного та сафенного варикозу методику CHIVA комбінували з методом ASVAL (Ambulatory Selective Varices Ablation under Local anesthesia).

Ми відповідно до виявлених комбінацій варикозного розширення вен нижніх кінцівок, промежини, статевих губ та пахового каналу розробили п'ять варіантів операційного втручання.

Перший варіант – у 5 (0,60 %) пацієток з ізольованим первинним варикозним розширенням вен пахового каналу (ПВРВПК) у зв'язку з наростанням болю в ділянці випинання, що було основним показанням до операційного втручання, виконано перев'язування вен у межах пахового каналу, розкриваючи його передню стінку (рис. 2).

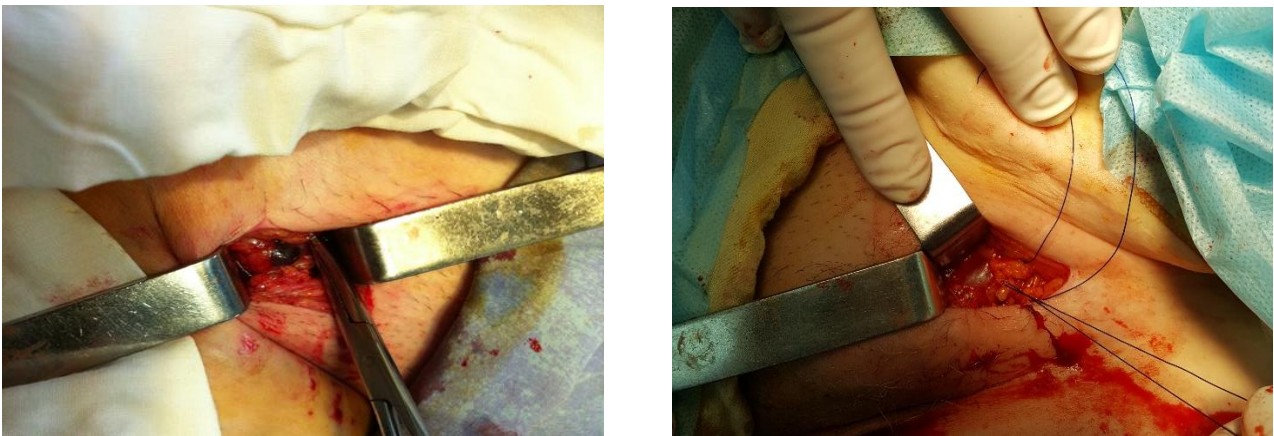


Рисунок 2 – Варіант операційного втручання при первинному ізольованому розширенні вен пахового каналу

Другий варіант – у 278 (33,10 %) пацієток із клінікою ПВРВПК, що вийшов за межі пахового каналу і продовжував прогресувати впродовж II–III триместрів, формував варикозне розширення вен зовнішніх статевих органів, поширюючись на нижні кінцівки, підтверджений даними клінічних проявів і дуплексного сканування. Виконали перев'язування вен пахового каналу в ділянці зовнішнього пахового кільця двома лігатурами із доступу паралельно пупартовій зв'язці в проекції зовнішнього пахового кільця завдовжки до 3 см без розкриття пахового каналу.

Прооперовано – однобічно 198 (71,22 %) пацієток, двобічно – 80 (28,78 %). З метою зменшення больового синдрому під час виділення венозного пучка в зовнішньому паховому кільці і під час його перев'язування необхідно звертати увагу на наявність кінцевої гілки nn.ilioinguinalis, ramus femoralis n. genitofemoralis по нижній сфері пучка (рис. 3).

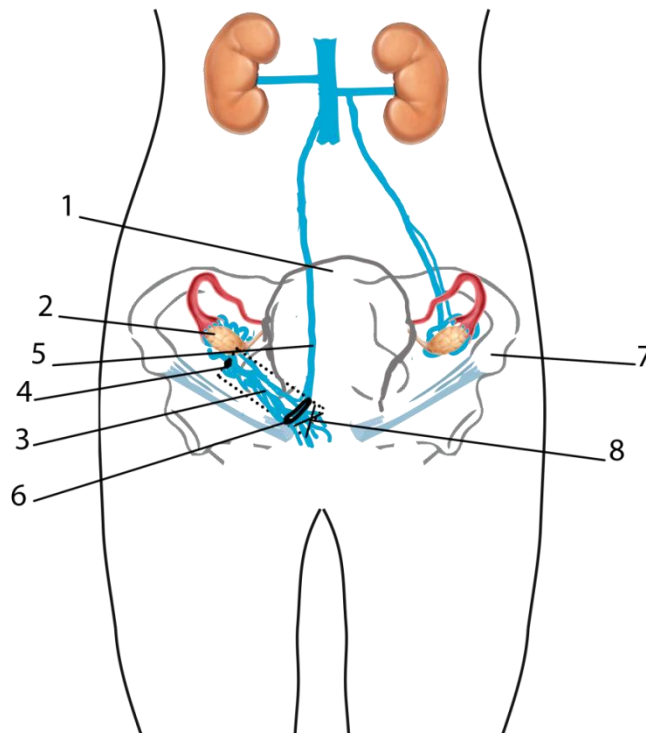


Рисунок 3 – Схема операційного втручання – перев'язування вен за межами пахового каналу (1 – матка, 2 – яєчник, 3 – паховий канал, 4 – point inguinale, варикозно розширені вени в паховому каналі, 5 – яєчникова вена, 6 – зовнішнє пахове кільце, 7 – місце хірургічного втручання, 8 – кістки таза).

Третій варіант – у 138 (16,43 %) пацієток із ПХЗВ нижніх кінцівок виконали високе перев'язування проксимального відділу великої підшкірної вени і її гілок у ділянці підшкірно-стегнового злиття із модифікованого розрізу Черв'якова і/або малої підшкірної вени зі збереженням стовбурів великих і малих підшкірних вен. Окрім того, 104 (24,53 %) вагітним виконували, після картографування, надфасціальне перев'язування декомпенсованих (більше 4 мм, з різнонаправленими токами крові) перфорантних вен: 56 пацієтками на гомілках, 12 – на стегнах і в 36 випадках одночасно на стегнах і гомілках. Одночасно видаляли варикозні конгломерати при їх наявності методом мініфлебектомії за Мюллером (рис. 4).

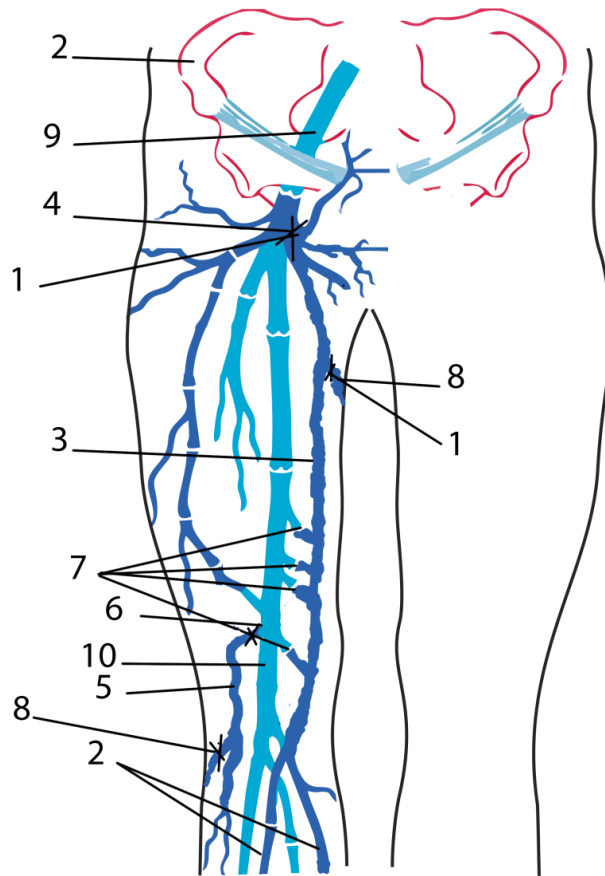


Рисунок 4 – Схема операційного втручання – високе перев’язування ВПВ і /або МПВ із збереженням їх стовбурів, перев’язування їх гілок у проксимальному відрізку з видаленням варикозних конгломератів на нижніх кінцівках (1 – місце хірургічного втручання, 2 – кістки таза, 3 – ВПВ, 4 – сафено-фemorальне співустя, 5 – МПВ, 6 – сафено-поплітарне співустя, 7 – перфоратні вени, 8 – варикозні конгломерати, 9 – загальна стегнова вена, 10 – підколінна вена, 11 – вени гомілки)

Четвертий варіант – у 395 (47,02 %) вагітних використали методику СНІВА, її 3 тип у поєднанні з методикою ASVAL. Здійснювали високе перев’язування великої підшкірної вени, надфасціальне перев’язування перфорантних вен та видалення варикозних конгломератів методом мініфлебектомії за Мюллером. 382 (96,93 %) пацієнткам виконано операційне втручання на одній кінцівці, у 13 (3,07 %) – на двох в одну сесію (рис. 5).

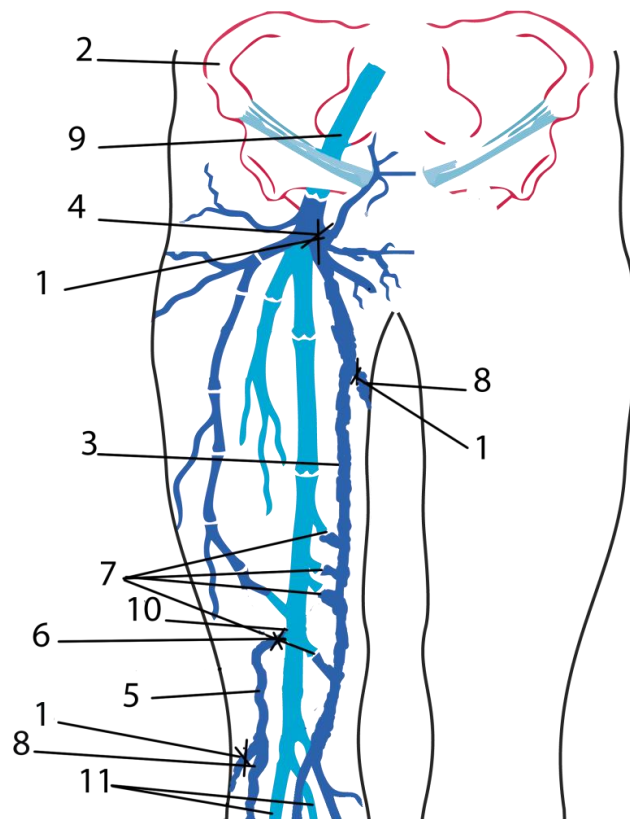


Рисунок 5 – Схема операційного втручання – високе перев'язування ВПВ і /або МПВ зі збереженням їх стовбурів, перев'язування їх гілок у проксимальному відрізку з видаленням варикозних конгломератів на нижніх кінцівках та надфасціальне перев'язування перфорантних вен (1 – місце хірургічного втручання, 2 – кістки таза, 3 – ВПВ, 4 – сафено-феморальне співустя, 5 – МПВ, 6 – сафено-поплітарне співустя, 7 – перфоратні вени, 8 – варикозні конгломерати, 9 – загальна стегнова вена, 10 – підколінна вена, 11 – вени гомілки)

П'ятий варіант – 424 (50,48 %) вагітних з поєднаним захворюванням: ПВРВПК, зовнішніх статевих органів, промежини та варикозного розширення вен нижньої кінцівки. Операційне втручання виконували в такій послідовності: перев'язування вен пахового каналу в зовнішньому паховому кільці та високе перев'язування великої підшкірної вени та її гілок у ділянці підшкірно-стегнового злиття – 105 вагітним, малої підшкірної вени в ділянці підколінно-підшкірного злиття – 22 пацієнткам і 12 оперованим у підшкірно-стегновому і підшкірно-підколінному співустях, усунення патологічних рефлюксів по перфорантних венах на стегні і/або гомілці – 23. Також проводили видалення венозних резервуарів (варикозних конгломератів) на стегні і/або гомілці (на стегні – 53 вагітним, на гомілці і у верхній третині – 76 вагітним і 39 вагітним одноразово на стегні по медіальній поверхні в с/3 і гомілці у в/3) із міні-доступів за Мюллером із збереженням стовбурів великої і/або малої підшкірних вен в одну сесію. Операційні рани зашивали внутрішньодермально проленою ниткою (рис. 6).

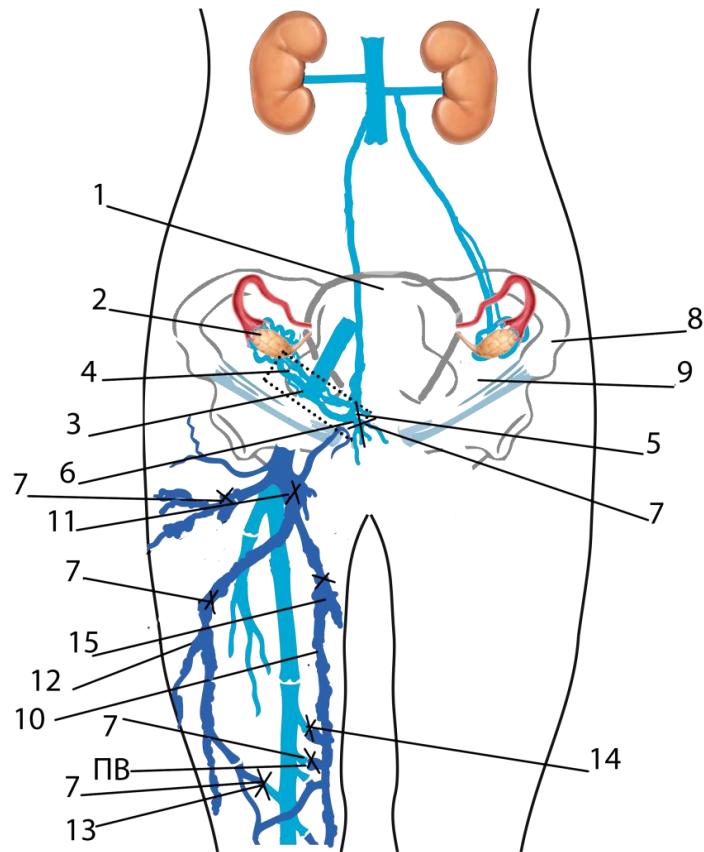


Рисунок 6 – Схема операційного втручання – перев'язування вен за межами пахового каналу, високе перев'язування ВПВ і/або МПВ, надфасціалью перфоратних вен із видаленням варикозних конгломератів на нижніх кінцівках (1 – матка, 2 – яєчник, 3 – паховий канал, 4 – point inguinale, 5 – варикозно розширені вени, що вийшли із пахового каналу, 6 – зовнішнє пахове кільце, 7 – місце хірургічного втручання, 8 – кістки таза, 9 – тазове дно, 10 – ВПВ, 11 – сафено-феморальне співустя, 12 – МПВ, 13 – сафено-поплітарне співустя, 14 – перфоратні вени, 15 – варикозні конгломерати)

На рисунку 7 наведено результати дуплексного сканування до та після операції.

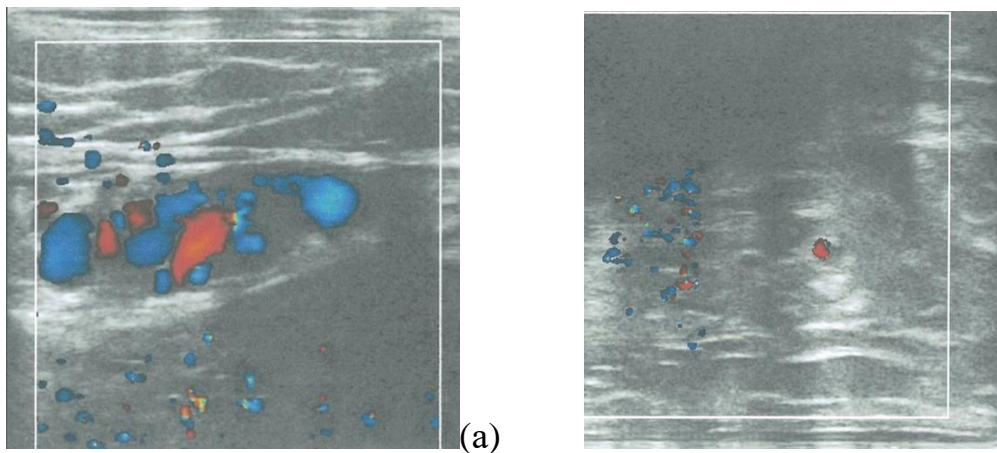


Рисунок 7 – УЗД-картина вен пахового каналу до операції (а), УЗД-картина вен пахового каналу через 48 годин після операції (б).

Післяопераційні ускладнення виявлено у 15 вагітних (1,79 %): сероми в ділянці післяопераційної рани в ділянці паху – у 3 пацієток та на гомілці – у 5 (0,59 %); тромбофлебіти ізольованих підшкірних вен – у 7 (0,83 %) оперованих: на стегні – у 2, гомілці – у 5;

Дерматит шкірних покривів навколо післяопераційних ран, як реакція на пов'язки із розчином «Бетадин» – у 2 (0,23 %) пацієток. Ускладнення не потребували лікування і не впливали на загальний стан пацієтки, плоду, перебіг вагітності та на термін пологів.

Розподіл венонних ускладнень в двох групах наведено в таблиці 5.

Таблиця 5 – Венонні ускладнення в двох групах вагітних.

Ускладнення	Серед оперованих (n=840)			Серед неоперованих (n=1619)		
	сафенний (n=424)	несафенний (n=278)	поєднаний (n=138)	сафенний (n=1059)	несафенний (n=310)	поєднаний (n=250)
Тромбофлебіт	1/0,23 %	1/0,36 %	3/2,17 %	78/7,36 %	15/4,84 %	9/3,60 %
Кровотечі з варикозних вузлів	-	-	-		8/2,58 %	6/2,40 %

Результати обстеження системи мати-плацента-плід в 32 тижні та в 37 тижнів в оперованих вагітних (n=840):

- криві швидкостей кровотоку в маткових артеріях були стабільно симетричні, без дикротичних хвиль, з діастолічною швидкістю кровотоку в межах $(40 \pm 3,5)$ см/с;
- звертали увагу на індексу резистентності (IP) в маткових артеріях, що дає можливість судити про стан плаценти, а саме спіральних артерій. IP маткових артерій $0,45 \pm 0,4$, з різницею IP між лівою і правою до $0,06 \pm 0,02$, більш низький IP на боці прикріплення плаценти як наслідок із більшою васкуляризацією цієї ділянки;
- дослідження кривих швидкостей кровотоку в артерії пуповини в післяопераційному періоді засвідчив адекватність оксигенації і живлення плоду. Показники діастолічної швидкості кровотоку – $(28,5 \pm 3,1)$ см/с і IP артерії пуповини – $0,58 \pm 0,09$, що в межах норми;
- дослідження кривих швидкості кровотоку в середній мозковій артерії засвідчили наявність нормального характеру кривої з нормальними показниками діастолічної швидкості кровотоку в $(51,6 \pm 3,4)$ см/с та при нормальному цифровому значенні пульсаційного індексу (PI) $1,78 \pm 0,012$;
- біофізичний профіль плоду оцінювали в $(10 \pm 1,1)$ бала за шкалою A. Vintzileos, що свідчило про задовільний стан плоду.

Динаміку кровотоку плоду залежно від лікування ПХЗВ наведено в таблиці 6.

Таблиця 6 – Порівняльна оцінка кровотоку (маткова, пуповинна, середня мозкова артерія).

Артерії	Оперовані (n=840)		Не оперовані (n=1619)	
	до операції	після операції	до лікування	після лікування
Маткові артерії	0,42±0,04	0,44±0,056	0,45±0,05	0,46±0,6
Артерії пуповини	1,42±0,05	1,36±0,03	1,39±0,06	1,40±0,04
Середня мозкова артерія	0,78±0,08	0,81±0,03	0,81±0,07	0,79±0,03

Примітка. При різниці всіх значень $p > 0,05$.

Показники кровотоку залежно від проявів ПХЗВ у плоду за індексом резистентності (IP) (n=2459) (табл. 7).

Таблиця 7 – Показники індексу резистентності

Артерії	Сафенний варикоз (n=1871)	Несафенних варикоз (n=150)	Поєднаний варикоз (n=438)
Маткова артерія	0,44±0,01	0,48±0,04	0,48±0,05
Артерія пуповини	0,51±0,06	0,53±0,05	0,59±0,05
Середня мозкова артерія	0,76±0,05	0,80±0,06	0,82±0,04

Примітка. При різниці всіх значень $p > 0,05$.

Результати хірургічного лікування (n=840):

- операційне втручання у 100 % випадків було безпечне як для матері, так і для плоду, про що засвідчили данні КТГ, дуплексного сканування маткових артерій, пуповини та середньої мозкової артерії плоду (до і після операції), перебіг вагітності та розвиток плоду впродовж спостереження за вагітними;
- позитивні результати лікування по суб'єктивній оцінці клінічних проявів захворювання, якості життя оперованих отримано в 750 (89,29 %) (задовільний результат – 50 вагітних, добрий – у 700 пацієнток). У 90 (10,71 %) оперованих – без вираженої клінічно позитивної динаміки;

- впродовж 12–18 годин після операції утримувався помірний больовий синдром і тільки у 12,0 % вагітних був виражений, що потребували знеболення у вигляді одноразового приймання знеболювальних в основному в таблетованій формі;
- у післяопераційному періоді пацієнтки не отримували медикаментозної підтримки (венотоніків, дезагрегантів або антикоагулянтів);
- фізичні навантаження в післяопераційному періоді не обмежували;
- у всіх оперованих був короткий термін післяопераційної реабілітації і відновлення якості життя;
- у всіх оперованих не спостерігали тромбоемболічних, геморагічних ускладнень;
- не було показань до хірургічних пологів серед вагітних із первинним варикозним розширенням вен зовнішніх статевих органів;
- у всіх оперованих не спостерігали передчасні пологи;
- термін перебування оперованих в умовах стаціонару: до 24 годин – 683 (81,31 %) пацієнтки, до 48 годин – 98 (11,67 %) пацієнток і до пологів – 59 (7,02 %).

Динаміку результатів лікування первинного хронічного захворювання вен (n=2459) наведено в (табл. 8, 9).

Таблиця 8 – Порівняльна оцінка результатів лікування в ретроспективній та проспективній групах.

Показники	Оперовані (n=840)		Не оперовані (n=1619)	
	до лікування	після лікування	до лікування	після лікування
VCSS	5,2±0,03	2,3±0,08*	6,1±0,03	6,0±0,03
Біль (за шкалою ВАШ)	34,3±0,09	20,1±0,06**	43,3±0,03	42,1±0,04
VSD	3,9±0,07	2,9±0,07**	4,1±0,08	4,0±0,09
Якість життя (за шкалою CIVIQ-20)	57,7±0,06	22,5±0,04*	61,1±0,03	60,1±0,9
Примітка. * p<0,001, p<0,05**				

Таблиця 9 – Результати відкритої хірургічної корекції первинного хронічного захворювання вен (n=840).

Результат операційного втручання	До пологів	У післяпологовому періоді	До року	Більше року
Істинний рецидив	1/0,11 %	3/0,36 %	4/0,48 %	3/0,35 %
Не істинний рецидив	8/0,95 %	14/1,42 %	36/4,29 %	82/9,76 %
Відсутність рецидиву	831/98,92 %	823/97,98 %	800/95,23 %	755/89,88 %

У міжпологовому періоді у 80 (9,52 %) пацієток виконано радикальні операційні втручання (сафенектомію – 15 пацієткам та ендовенозну абляцію – 65 жінкам) із хорошими клінічними та косметичними результатами.

ВИСНОВКИ

Дисертаційна робота містить новий науковий напрям у вирішенні актуальної проблеми, що полягає у розробці комплексу заходів на основі принципів «fast track surgery», спрямованих на запобігання локальним та системним венозним ускладненням, підвищення безпеки й ефективності відкритого мініінвазивного хірургічного лікування первинного, прогресуючого варикозного розширення вен нижніх кінцівок, промежини, пахового каналу та зовнішніх статевих органів та поєднаних форм під час вагітності.

1. За даними клінічного обстеження серед оперованих вагітних (n=840) виявлено варикоз у басейні сафенних вен у 50,47 %, у басейні несафенних вен – у 33,03 %, поєднану форму – у 14,42 %, а серед несафенного варикозного розширення вен великих і малих статевих губ – у 51,68 %, варикозне розширення вен великих, малих статевих губ, клітора – у 10,58 %, варикозне розширення вен великих, малих статевих губ, клітора і поодинокі варикозні вузли при вході в піхву – у 8,17 %, варикозне розширення вен великих і малих статевих губ та промежини (по медіальній поверхні стегна у верхній третині) – у 29,58 %. За даними дуплексного анагіосканування варикозне розширення у 87,3 % випадків розвивалось із проксимальних відділів ВПВ і/або МПВ; у 5 % вагітних неспроможність клапанів перфорантних вен; у 80 % захворювання прогресувало в дистальному напрямку. В сонографічній діагностиці пахового варикозу встановлено, що в стані спокою кровотік не визначався; при проведенні проби Вальсальви в стоячому положенні визначався за рахунок значного його підсилення у всіх вагітних; вени пахового каналу анастомозують у 75,85 % випадках із венами протилежного боку та сафенними венами; дрениуються у перфорантні вени на стегні і/або гомілки у 100 % вагітних.

2. За даними біофізичних показників плоду за критеріями Vintzileos et al. до операцій середня частота серцевих скорочень становила (130 ± 8) уд/хв, частота рухів плоду на годину до операції 12 ± 3 , індекс резистентності середньої мозкової артерії до операції – $1,4 \pm 0,05$, біофізичний профіль плоду (в балах) – $11 \pm 1,5$. Показники акушерського статусу оперованих: тонус матки до та після операції був в нормі, індекс резистентності пуповинної артерії до операції – $0,48 \pm 0,03$, індекс резистентності маткових артерій – $0,4 \pm 0,07$.

3. На основі клініко-сонографічних даних сформовано показання до операційного лікування з врахуванням патологічних рефлюксів: прогресування клінічних проявів захворювання при відсутності позитивних результатів від консервативної терапії – 58,57 % ; наростання косметичних дефектів – 11,79 %; активне запобігання акушерським кровотечам із варикозно розширених вен зовнішніх статевих органів під час природних пологів – 12,86 %; активна профілактика з тромбофлебетичним і тромбемболічним ускладненням – 16,79 %.

4. Розроблені заходи безпеки включали: рекомендована тривалість операційного втручання до 1 години; використання мініінвазивних відкритих гемодинамічних операцій без пересічення варикозних вен (методика CHIVA) для запобігання «спаданню» лігатур; для запобігання розвитку синдрому нижньої порожнистої вени і /або аорто-кавального синдрому вагітну вкладали на операційний стіл на спину з поворотом останнього на 30 градусів вліво; відмова від класичної премедикації для запобігання акушерським ускладненням; виконання операцій тільки під місцевою анестезією в умовах акушерського стаціонару; оптимальні терміни виконання операцій – 26–39 тижнів вагітності.

5. Розпрацьовано та удосконалено методи мініінвазивних втручань на венозній системі, що включає одноетапні модифікації операції CHIVA залежно від локалізації патологічних рефлюксів (паховий варикоз, промежини, зовнішніх статевих губ) та радикальні (сафенектомія або ендovasкулярні методики) в міжпологовому періоді в загальнохірургічному періоді.

6. Недиференційована дисплазія сполучної тканини діагностовано у 56 (8,09 %) вагітних. Особливостями було поєднання венозної патології з проявами істміко-цервікальної недостатності у 12 (21,43 %) вагітних. Клініко-сонографічна діагностика підтвердила переважання поширених, поєднаних варіантів варикозного розширення з розповсюдженими рефлюксами. У 8 (0,95 %) % вагітних виявлено ранній істинний рецидив варикозних вен: у 4 – через довгу куксу ВПВ, у 4 – через подвоєння стовбура ВПВ.

7. Запропонована в периопераційному періоді мультидисциплінарна програма «fast track surgery» для хірургічного лікування поєданого первинного прогресуючого варикозного розширення вен нижніх кінцівок, промежини, пахового каналу та зовнішніх статевих органів у вагітних дала можливість забезпечити у 89,29 % випадків пологів природним шляхом без кровотеч та зменшити число тромботичних ускладнень у 2 рази, ($p < 0,05$).

8. За результатами проведеного хірургічного лікування вдалося зменшити тяжкість клінічних проявів за шкалою VCSS у 2,26 рази ($p < 0,001$), за шкалою VSD – у 1,34 рази ($p < 0,05$), рівень больових відчуттів за шкалою ВАШ – у 1,71 рази

($p < 0,05$). Показник істинного рецидиву в післяпологовому періоді склав 0,36 %, 0,48 % – до року, 0,35 % – більше року.

9. Оцінка якості життя після виконаних операцій встановила задовільний та добрий результат у 89,29 % вагітних та покращення у 2,56 раза ($p < 0,001$) всіх критерії за шкалою CIVIQ-20.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. Для запобігання розвитку синдрому нижньої порожнистої вени і/або аорто-кавального синдрому вагітну вклати на операційний стіл на спину з поворотом останнього від 15 до 30 градусів вліво.

2. Рекомендовано застосування місцевої анестезію, яка зменшує до мінімуму хірургічний стрес (тумінесцентне знеболення проводили підігрітим розчином анестетика до температури 37 градусів концентрацією 0,25 %).

3. Рекомендовано використання мініінвазивних відкритих гемодинамічних операцій без пересікання варикозних вен (методика СНІВА) для запобігання «спаданню» лігатур під час природних пологів.

4. Використання розробленої мультидисциплінарна програма «fast track surgery» для хірургічного лікування поєданого первинного прогресуючого варикозного розширення вен нижніх кінцівок, промежини, пахового каналу та зовнішніх статевих органів у вагітних для зменшення числа венозних ускладнень під час пологів.

СПИСОК ПРАЦЬ, ОПУБЛІКОВАНИХ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Антонюк-Кисіль В.М., Єнікеєва В.М., Лічнер С.І., Липний В.М., Дрозд В.В. Особливості хірургічного лікування прогресуючої варикозної хвороби нижніх кінцівок у вагітних. *Здоров'я жінчини*. 2016. №2 (108). С. 68-74. *(Здобувачем проведені аналіз джерел літератури, обстеження хворих, статистична обробка отриманих даних, аналіз результатів)*.

2. Антонюк-Кисіль В.М., Єнікеєва В.М., Лічнер С.І., Липний В.М., Дрозд В.В. Тумесцентна анестезія як різновид місцевої анестезії при виконанні неакушерських операцій під час вагітності. *Шпитальна хірургія*. 2016. №3. С. 72-81. *(Здобувачу належать ідея та дизайн роботи, фактичний клінічний матеріал, проведений статистичний аналіз, самостійно написаний текст)*.

3. Антонюк-Кисіль В.М., Єнікеєва В.М., Лічнер С.І., Липний В.М., Семенюк М.В. Джерела формування нетипових форм прогресуючої варикозної хвороби підшкірних вен у вагітних (варикоз вен пахового каналу) за даними дуплексного сканування. *Вісник наукових досліджень*. 2017. №2. С. 109-112. *(Здобувачу належать ідея та дизайн роботи, фактичний клінічний матеріал, проведений статистичний аналіз, самостійно написаний текст)*.

4. Антонюк-Кисіль В.М., Єнікеєва В.М., Лічнер С.І., Липний В.М. Хірургічне лікування прогресуючого варикозного розширення вен статевих губ і промежини у вагітних (огляд літератури і власні дослідження). *Жіночий лікар*. 2016. №3 (65). С.67-74. *(Здобувачем проведені аналіз джерел літератури,*

обстеження хворих, статистична обробка отриманих даних, аналіз результатів).

5. Антонюк-Кисіль В.М., Єнікеєва В.М., Лічнер С.І., Липний В.М., Семенюк М.В. Дуплексне сканування нетипових форм прогресуючої варикозної хвороби підшкірних вен у вагітних (зовнішніх статевих органів, промежини). *Шпитальна хірургія*. 2017. №1. С.17-24. (Здобувачу належать співучасть в сонографічному дослідженні, проведений статистичний аналіз, самостійно написаний текст).

6. Антонюк-Кисіль В.М., Дзюбановский И.Я., Єнікеєва В.М., Лічнер С.І., Липний В.М. Сравнительная оценка качества жизни беременных в зависимости от лечения хронической венозной недостаточности, вызванной сочетанным хроническим прогрессирующим первичным мультифокальным расширением вен нижних конечностей, промежности, наружных половых органов, пахового канала. *Хирургия. Восточная Европа*. 2017, Т.6, №4. С. 498-510. (Здобувачем проведено аналіз клінічного матеріалу, проведений статистичний аналіз, самостійно написаний текст).

7. Антонюк-Кисіль В.М., Єнікеєва В.М., Лічнер С.І., Липний В.М. Клініка нетипових форм прогресуючої варикозної хвороби вен у вагітних (варикоз вен пахового каналу). *Клінічна анатомія і оперативна хірургія*. 2017. №3. С. 16-21. (Здобувачем проведени аналіз джерел літератури, обстеження та лікування хворих, проведена статистична обробка отриманих даних та аналіз результатів, сформульовано висновки та написано текст роботи).

8. Антонюк-Кисіль В.М., Єнікеєва В.М., Лічнер С.І., Липний В.М. Лечение сочетанного прогрессирующего первичного варикозного расширения вен нижних конечностей, промежности, наружных половых органов во время беременности. *Репродуктивное здоровье. Восточная Европа*. 2017. Т.7, №4. С. 555-564. (Здобувачем проведени аналіз джерел літератури, обстеження та лікування хворих, проведена статистична обробка отриманих даних та аналіз результатів, сформульовано висновки та написано текст роботи).

9. Антонюк-Кисіль В.М., Дзюбановський І.Я., Єнікеєва В.М., Лічнер С.І., Липний В.М., Семенюк М.В. Лікування нетипових форм прогресуючої варикозної хвороби вен у вагітних (варикоз вен пахвинного каналу). *Здоров'я жінчини*. 2017. №5 (121). С. 57-65. (Здобувачем проведени аналіз джерел літератури, обстеження та лікування хворих, проведена статистична обробка отриманих даних та аналіз результатів, сформульовано висновки та написано текст роботи).

10. Антонюк-Кисіль В.М., Дзюбановський І.Я., Єнікеєва В.М., Лічнер С.І., Липний В.М., Семенюк М.В. Особливості хірургічного лікування варикозного розширення вен пахового каналу у вагітних. *Шпитальна хірургія*. 2018. №2 (82). С. 5-9. (Здобувачем проведени аналіз джерел літератури, обстеження та лікування хворих, проведена статистична обробка отриманих даних та аналіз результатів, сформульовано висновки та написано текст роботи).

11. Антонюк-Кисіль В.М., Дзюбановський І.Я., Єнікеєва В.М., Лічнер С.І., Липний В.М., Семенюк М.В. Покази до планового хірургічного лікування

вагітних при первинному симптомному хронічному захворюванню вен нижніх кінцівок, зовнішніх статевих органів, промежини або в їх поєднанні в умовах короткотермінового перебування в стаціонарі. *Шпитальна хірургія*. 2018. №3 (83). С. 5-17. (Здобувачем обстеження та лікування хворих, проведена статистична обробка отриманих даних та аналіз результатів, сформульовано висновки та написано текст роботи).

12. Антонюк-Кисіль В.М., Дзюбановський І.Я., Єнікеєва В.М., Лічнер С.І., Липний В.М., Семенюк М.В. Планове хірургічне лікування вагітних із первинним симптоматичним хронічним варикозним розширенням вен пахвинного каналу з короткотерміновим перебуванням в акушерському стаціонарі. *Науковий вісник Ужгородського університету. Серія «Медицина»*. 2018. 1(57). С. 10-21. (Здобувачем проведені обстеження та лікування хворих, проведена статистична обробка отриманих даних та аналіз результатів, сформульовано висновки та написано текст роботи).

13. Антонюк-Кисіль В.М., Дзюбановський І.Я., Єнікеєва В.М., Лічнер С.І., Липний В.М., Семенюк М.В. Покази до планового хірургічного лікування вагітних при первинному симптомному хронічному захворюванню вен нижніх кінцівок, зовнішніх статевих органів, промежини. *Art of medicine*. 2018. №4 (8). С. 8-12. (Здобувачем проведено обстеження та лікування хворих, проведена статистична обробка отриманих даних та аналіз результатів, сформульовано висновки та написано текст роботи).

14. Антонюк-Кисіль В.М., Дзюбановський І.Я., Єнікеєва В.М., Лічнер С.І., Липний В.М., Семенюк М.В. Клинико-сонографические критерии диагностики пахового варикоза у беременных. *«Репродуктивное здоровье. Восточная Европа»*. 2018. №5. С. 649-657. (Здобувачем проведено обстеження та лікування хворих, проведена статистична обробка отриманих даних та аналіз результатів, сформульовано висновки та написано текст роботи).

15. Антонюк-Кисіль В.М., Дзюбановський І.Я., Єнікеєва В.М., Лічнер С.І., Липний В.М. Мультидисциплінарний підхід к плановому хірургічному лікуванню первинного симптомного хронічного захворювання вен во время беременности. *«Репродуктивное здоровье. Восточная Европа»*. 2019. №2. С. 143-158. (Здобувачем проведено обстеження та лікування хворих, проведена статистична обробка отриманих даних та аналіз результатів, сформульовано висновки та написано текст роботи).

16. Антонюк-Кисіль В.М., Дзюбановський І.Я., Єнікеєва В.М., Лічнер С.І., Липний В.М. Використання програми ERAS для безпечного планового хірургічного лікування первинного прогресуючого хронічного захворювання вен під час вагітності в роботі перинатального центру. *Здоров'я жінки*. 2019. №2 (138). С. 29-37. (Здобувачем проведено обстеження та лікування хворих, проведена статистична обробка отриманих даних та аналіз результатів, сформульовано висновки та написано текст роботи).

17. Антонюк-Кисіль В.М., Дзюбановський І.Я., Єнікеєва В.М., Лічнер С.І., Липний В.М. Планове хірургічне лікування первинного симптомного хронічного захворювання вен у вагітних. *Актуальні питання акушерства, педіатрії,*

гінекології. 2019. №1 (23). С. 43-53. (Здобувачем проведено обстеження та лікування хворих, проведена статистична обробка отриманих даних та аналіз результатів, сформульовано висновки та написано текст роботи).

18. Антонюк-Кисіль В.М., Єнікеєва В.М., Лічнер С.І., Липний В.М., Тимощук Ж.М., Хоружа Н.М. Клініка та діагностика первинного варикозного розширення вен пахових каналів, як одна з форм несафенного первинного хронічного захворювання вен під час вагітності. *Здоров'я жінчини*. 2019. № 7 (143). С. 56-62. (Здобувачем проведено аналіз джерел літератури, обстеження та лікування хворих, проведена статистична обробка отриманих даних та аналіз результатів, сформульовано висновки та написано текст роботи).

19. Антонюк-Кисель В.Н., Дзюбановский И.Я., Енікеєва В.Н., Лічнер С.И., Лыпный В.М., Тимощук Ж.М., Кучерук Е.Ф. Наш опыт планового хирургического лечения некоторых форм первичного хронического заболевания вен во время беременности. *Хирургия. Восточная Европа*. 2020. Т.9 №1-2. С. 71-91. (Здобувачем проведено аналіз результатів лікування хворих, проведена статистична обробка отриманих даних та сформульовано висновки, написано текст роботи).

20. Антонюк-Кисіль В.М., Дзюбановський І.Я., Єнікеєва В.М., Лічнер С.І., Липний В.М. Результати планових відкритих хірургічних втручань з приводу первинного хірургічного захворювання вен під час вагітності з використанням компонентів протоколу Fast track surgery. *Шпитальна хірургія*. 2020. №1. С. 80-86. (Здобувачем проведено статистична обробка отриманих даних та аналіз результатів, сформульовано висновки та написано текст роботи).

21. Антонюк-Кисіль В.М., Дзюбановський І.Я., Єнікеєва В.М., Лічнер С.І., Липний В.М., Тимощук Ж.М. Оцінка результатів планових відкритих хірургічних втручань при первинному хронічному захворюванні вен у вагітних. *Здоров'я жінки*. 2020. №3 (90). С. 67-84. (Здобувачем проведено аналіз джерел літератури, обстеження та лікування хворих, проведена статистична обробка отриманих даних та аналіз результатів, сформульовано висновки та написано текст роботи).

22. Антонюк-Кисіль В.М., Єнікеєва В.М., Лічнер С.І., Липний В.М., Павлишин А.В. Спосіб хірургічного лікування прогресуючого варикозного розширення вен статевих губ і промежини у вагітних: пат. на корисну модель № 113836 Україна. МПК (2006): А61В 17/00, опуб. 10.02.2017, бюл. № 3/2017. (Здобувач приймав участь у розробці ідеї патенту, розробці технології і методики хірургічного лікування, провів патентний пошук, приймав участь у оперативних втручаннях, виконаних за допомогою даної методики, участь у оформленні патенту).

23. Антонюк-Кисіль В.М., Єнікеєва В.М., Лічнер С.І., Липний В.М., Павлишин А.В. Спосіб хірургічного лікування прогресуючої варикозної хвороби нижніх кінцівок у вагітних: пат. на корисну модель № 114886 Україна. МПК (2006): А61В 17/04 (2006.01), А61В 17/12 (2006.01), опуб. 27.03.2017, бюл. № 6/2017. (Здобувач приймав участь у розробці ідеї патенту, розробці технології і методики хірургічного лікування, провів патентний пошук, приймав участь у

оперативних втручаннях, виконаних за допомогою даної методики, участь у оформленні патенту).

24. Антонюк-Кисіль В.М., Єнікеєва В.М., Лічнер С.І., Липний В.М., Павлишин А.В. Спосіб виконання анестезії при хірургічному лікуванні варикозної хвороби нижніх кінцівок у вагітних в II-III триместрі: пат. на корисну модель № 116266 Україна. МПК (2006): А61М 19/00, А61М 21/00, А61В 17/00, опуб. 10.05.2017, бюл. № 9/2017. *(Здобувач приймав участь у розробці ідеї патенту, розробці технології і методики хірургічного лікування, провів патентний пошук, приймав участь у оперативних втручаннях, виконаних за допомогою даної методики, участь у оформленні патенту).*

25. Антонюк-Кисіль В.М., Єнікеєва В.М., Лічнер С.І., Липний В.М., Дзюбановський І.Я., Павлишин А.В. Спосіб хірургічного лікування варикозної трансформації вен в ділянках статевих губ та клітора: пат. на корисну модель № 145141 Україна. МПК (2006): А61В 17/00, А61В 17/04 (2006.01), опуб. 25.11.2020, бюл. № 22/2020. *(Здобувач приймав участь у розробці ідеї патенту, розробці технології і методики хірургічного лікування, провів патентний пошук, приймав участь у оперативних втручаннях, виконаних за допомогою даної методики, участь у оформленні патенту).*

26. Антонюк-Кисіль В.М., Єнікеєва В.М., Лічнер С.І., Липний В.М., Дзюбановський І.Я., Павлишин А.В. Спосіб хірургічного лікування варикозної трансформації вен в ділянках статевих губ та при вході в піхву: пат. на корисну модель № 145376 Україна. МПК (2006): А61В 17/00, А61В 17/04 (2006.01), опуб. 10.12.2020, бюл. № 23/2020. *(Здобувач приймав участь у розробці ідеї патенту, розробці технології і методики хірургічного лікування, провів патентний пошук, приймав участь у оперативних втручаннях, виконаних за допомогою даної методики, участь у оформленні патенту).*

27. Антонюк-Кисіль В.М., Єнікеєва В.М., Лічнер С.І., Липний В.М., Вовк І.М. Хірургічне лікування прогресуючої варикозної хвороби нижніх кінцівок. Збірник наукових праць співробітників НМАПО ім. П.Л. Шупика, випуск 24, книга 6, (частина 2), Київ, 2015. С. 37-43. *(Здобувачем проведено аналіз обстеження та лікування хворих, обробку отриманих даних та аналіз результатів, сформульовано висновки та написано текст роботи).*

28. Антонюк-Кисіль В.М., Єнікеєва В.М., Лічнер С.І., Липний В.М. Запобігання геморагічним ускладненням під час пологів природнім шляхом у вагітних з варикозними вузлами зовнішніх статевих органів. Збірник наукових праць Асоціації акушер-гінекологів України. Додаток. XIV з'їзду акушер-гінекологів України та науково-практичної конференції з міжнародною участю «Проблемні питання акушерства, гінекології, та репродуктології в сучасних умовах» (м. Київ, 22-23 вересня 2016р.) випуск 2 (38) 2016. С.8-9. *(Здобувачем проведено аналіз обстеження та лікування хворих, обробку отриманих даних та аналіз результатів, сформульовано висновки та написано текст роботи).*

29. Антонюк-Кисіль В.М., Єнікеєва В.М., Лічнер С.І., Липний В.М. Активна профілактика тромбофлебітів у вагітних з прогресуючим варикозним розширенням вен нижніх кінцівок, промежини, зовнішніх статевих органів.

Збірник наукових праць Асоціації акушер-гінекологів України. Додаток. XIV з'їзду акушер-гінекологів України та науково-практичної конференції з міжнародною участю «Проблемні питання акушерства, гінекології, та репродуктології в сучасних умовах» (м. Київ, 22-23 вересня 2016р.) випуск 2 (38) 2016. С. 7-8. *(Здобувачем проведено аналіз обстеження та лікування хворих, обробку отриманих даних та аналіз результатів, сформульовано висновки та написано текст роботи).*

30. Антонюк-Кисіль В.М., Єнікеєва В.М., Лічнер С.І., Липний В.М. *Активна підготовка родового тракту до пологів у вагітних з прогресуючим варикозним розширенням вен зовнішніх статевих органів, промежини для запобігання геморагічним ускладненням під час пологів природним шляхом. Здобутки клінічної та експериментальної медицини. 14 червня 2017 р. Тернопіль, 2017. С.17-18. (Здобувачем проведено аналіз обстеження та лікування хворих, обробку отриманих даних та аналіз результатів, сформульовано висновки та написано текст роботи).*

31. Антонюк-Кисель В. Н., Еникеева В. Н, Личнер С. И., Липный В. М. *Плановое хирургическое лечение беременных с прогрессирующим первичным хроническим заболеванием вен в условиях кратковременного пребывания в акушерском стационаре. Материалы XVI съезда хирургов Республики Беларусь и Республиканской научно-практической конференции «Хирургия Беларуси на современном этапе» (Гродно, 1-2 ноября 2018 года) . С. 342-345. (Здобувачем проведено аналіз обстеження та лікування хворих, обробку отриманих даних та аналіз результатів, сформульовано висновки та написано текст роботи).*

32. Антонюк-Кисель В. Н., Кучерук Е. Ф., Кучерук А. Ф., Дундюк И. В. *Результаты лечения осложненных форм первичного прогрессирующего хронического заболевания вен нижних конечностей в условиях офисной хирургии. Материалы XVI съезда хирургов Республики Беларусь и Республиканской научно-практической конференции «Хирургия Беларуси на современном этапе» (Гродно, 1-2 ноября 2018 года) . С.345-348. (Здобувачем проведено аналіз обстеження та лікування хворих, обробку отриманих даних та аналіз результатів, сформульовано висновки та написано текст роботи).*

33. Антонюк-Кисіль В.М., Єнікеєва В.М., Лічнер С.І., Липний В.М. *Безпечність планового хірургічного лікування з первинними симптомним хронічним захворюванням вен нижніх кінцівок з короткотерміновим перебуванням в акушерському стаціонарі: матеріали пленуму Асоціації акушер-гінекологів України та науково-практичної конференції з міжнародною участю. «Репродуктивне здоров'я в Україні: тенденції, досягнення, виклики та пріоритети» (до 90-річчя академіка Грищенка м. Київ, 21-22 вересня 2018. С. 6-8. (Здобувачем проведено аналіз обстеження та лікування хворих, обробку отриманих даних та аналіз результатів, сформульовано висновки та написано текст роботи).*

34. Антонюк-Кисіль В.М., Дзюбановський І.Я., Єнікеєва В.М., Лічнер С.І., Липний В.М. *Планове хірургічне лікування вагітних з первинним симптомним хронічним захворюванням вен нижніх кінцівок з короткотерміновим*

перебуванням в акушерському стаціонарі. XVII конгрес Світової федерації Українських Лікарських товариств. Матеріали. Тернопіль 20-22 вересня, 2018. С. 66-67. (Здобувачем проведено аналіз обстеження та лікування хворих, обробку отриманих даних та аналіз результатів, сформульовано висновки та написано текст роботи).

35. Антонюк-Кисель В.Н., Еникеева В.Н., Личнер С.И., Липный В.М. *Плановое хирургическое лечение беременных с прогрессирующим первичным хроническим заболеванием вен в условиях кратковременного пребывания в акушерском стационаре. Хирургия Беларуси на современном этапе: Материалы XVI съезда хирургов Республики Беларусь и республиканской научно-практической конференции «Хирургия Беларуси на современном этапе.» г. Гродно, 1-2 ноября 2018 г. С. 342-345. (Здобувачем проведено аналіз обстеження та лікування хворих, обробку отриманих даних та аналіз результатів, сформульовано висновки та написано текст роботи).*

36. Антонюк-Кисель В.Н., Дзюбановський І.Я., Еникеева В.Н., Личнер С.И., Липный В.М., Семенюк Н.В. *Диагностика пахового варикоза у беременных. 11-й Санкт-Петербургский Венозный форум. 1-й Международный Флебологический форум. Актуальные вопросы флебологии 29 ноября - 1 декабря 2018 г. Санкт-Петербург 2018. С. 29. (Здобувачем проведено аналіз обстеження та лікування хворих, обробку отриманих даних та аналіз результатів, сформульовано висновки та написано текст роботи).*

37. Антонюк-Кисель В.М., Єнікеєва В.М., Лічнер С.І., Липний В.М. *Результаты использования компонентов протокола FAST TRACK SURGERY при плановых неакушерских хирургических вмешательствах во время беременности. Проблемные вопросы флебологии. II северо-западная конференция с международным участием. Сборник тезисов /под редакцией Э.А.Щеглова. Петрозаводск 2019. 31 мая - 01 июня 2019 г. С. 8-9. (Здобувачем проведено аналіз обстеження та лікування хворих, обробку отриманих даних та аналіз результатів, сформульовано висновки та написано текст роботи).*

38. Антонюк-Кисель В.Н., Дзюбановський І.Я., Еникеева В.Н., Личнер С.И., Липный В.М., Тимошук Ж.М., Кучерук Е.Ф. *Диагностика первичного варикозного расширения вен паховых каналов, как одной из форм несафенового первичного хронического заболевания вен во время беременности. 12-й Санкт-Петербургский Венозный форум. Актуальные вопросы флебологии. 28-30-ноября, 2019 года Санкт-Петербург. С.41-42. (Здобувачем проведено аналіз обстеження та лікування хворих, обробку отриманих даних та аналіз результатів, сформульовано висновки та написано текст роботи).*

39. Antonyuk-Kysil V.N., Dziubanovskyi I.Ya., Yenikeeva V.N., Lichner S.I., Lypnyi V.M., Tymoshchuk Zh.M., Kucheruk E.F. *Diagnosis of primary varicose veins of the inguinal canals, as a form of non-saphenous primary chronic veins disease during pregnancy. 12-й Санкт-Петербургский Венозный форум. Актуальные вопросы флебологии. 28-30-ноября, 2019 года Санкт-Петербург. С. 6-7. (Здобувачем проведено аналіз обстеження та лікування хворих, обробку отриманих даних та аналіз результатів, сформульовано висновки та написано текст роботи).*

40. Антонюк-Кисель В.Н., Дзюбановський І.Я., Еникеева В.Н., Личнер С.И., Липный В.М., Тимошук Ж.М., Кучерук Е.Ф. *Плановые открытые хирургические вмешательства при некоторых формах первичного варикозного расширения вен наружных половых органов у беременных. Актуальные вопросы флебологии. онлайн–конференция. 28-29 мая 2020. г. Ярославль. Флебология 2020. Т.14 №2, вып. 2, С. 4-5. (Здобувачем проведено аналіз обстеження та лікування хворих, обробку отриманих даних та аналіз результатів, сформульовано висновки та написано текст роботи).*

41. Антонюк-Кисель В.Н. *Оценка безопасности планового открытого хирургического лечения беременных с первичным хроническом заболеванием вен в бассейне сафенных вен. 13-й Санкт-Петербургский Венозный форум (Рождественские встречи). 4-5 декабря 2020, Санкт-Петербург. Актуальные вопросы флебологии. С. 15-16. (Здобувачем проведено аналіз обстеження та лікування хворих, обробку отриманих даних та аналіз результатів, сформульовано висновки та написано текст роботи).*

АНОТАЦІЯ

Антонюк-Кисіль В.М. Мультидисциплінарний підхід до вибору методу хірургічної корекції і попередження венозних ускладнень при поєднаному первинному прогресуючому варикозному розширенні вен нижніх кінцівок, промежини, пахового каналу та зовнішніх статевих органів у вагітних. – На правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук за спеціальністю 14.01.03 – «хірургія». – Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, Міністерства охорони здоров'я України, Вінниця, 2021.

Дисертаційна робота присвячена розробці та впровадженню комплексу заходів направлених на попередження локальних та системних венозних ускладнень, підвищення безпеки і ефективності відкритого мініінвазивного хірургічного лікування первинного, прогресуючого варикозного розширення вен нижніх кінцівок, промежини, пахового каналу та зовнішніх статевих органів так і їх поєднаних форм під час вагітності.

Запропонована мультидисциплінарна програма «Fast Track Surgery» дозволила забезпечити у 89,29 % випадків пологів природнім шляхом без кровотеч та зменшити число тромботичних ускладнень у 2 рази. За результатами проведеного хірургічного лікування вдалося зменшити важкість клінічних проявів за шкалою VCSS у 2,26 рази ($p < 0,001$), за шкалою VSD у 1,34 рази ($p < 0,05$), рівень больових відчуттів за шкалою ВАШ 1,71 рази ($p < 0,05$). Оцінка якості життя після виконаних операцій встановила відмінний результат у 87 % вагітних та покращення у 2,56 рази ($p < 0,001$) всіх критеріїв за шкалою CIVIQ-20.

Ключові слова: варикозне розширення вен нижніх кінцівок, промежини, пахового каналу та зовнішніх статевих органів, вагітність, CHIVA, ASVAL, «Fast Track Surgery».

АННОТАЦИЯ

Антонюк-Кисель В.Н. Мультидисциплинарный подход к выбору метода хирургической коррекции и предупреждения венозных осложнений при совместном первичном прогрессирующем варикозном расширении вен нижних конечностей, промежности, пахового канала и наружных половых органов у беременных. - На правах рукописи.

Диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук по специальности 14.01.03 - «хирургия». - Винницкий национальный медицинский университет им. М.И. Пирогова, Министерства здравоохранения Украины, Винница, 2021.

Диссертационная работа посвящена разработке и внедрению комплекса мероприятий, направленных на предупреждение локальных и системных венозных осложнений, повышение безопасности и эффективности открытого миниинвазивного хирургического лечения первичного, прогрессирующего варикозного расширения вен нижних конечностей, промежности, пахового канала и наружных половых органов так и их сочетанных форм во время беременности.

Предложенная мультидисциплинарная программа «Fast Track Surgery» позволила обеспечить в 89,29% случаев родов естественным путем без кровотечений и уменьшить число тромботических осложнений в 2 раза. По результатам проведенного хирургического лечения удалось уменьшить тяжесть клинических проявлений по шкале VCSS в 2,26 раза ($p < 0,001$), по шкале VSD в 1,34 раза ($p < 0,05$), уровень болевых ощущений по шкале ВАШ 1,71 раза ($p < 0,05$). Оценка качества жизни после выполненных операций установила отличный результат в 87 % беременных и улучшения в 2,56 раза ($p < 0,001$) всех критериев по шкале CIVIQ-20.

Ключевые слова: варикозное расширение вен нижних конечностей, промежности, пахового канала и наружных половых органов, беременность, CHIVA, ASVAL, «Fast Track Surgery».

ABSTRACT

Antonyuk-Kisil V.M. A multidisciplinary approach to the choice of surgical correction method and prevention of venous complications with combined primary progressive varicose veins of the lower extremities, perineum, inguinal canal and external genitalia in pregnant women. - As manuscript.

The dissertation on competition of a scientific degree of the doctor of medical sciences on a specialty 14.01.03 - Surgery. – M. Pyrogov Vinnytsia National Medical University, Ministry of Health of Ukraine, Vinnytsia, 2021.

The aim of the study was to develop and implement set of measures for preventing local and systemic venous complications, improving the safety and effectiveness of open minimally invasive surgical treatment of primary, progressive varicose veins of the lower extremities, perineum, inguinal canal and external genitalia in pregnant women.

On the basis of clinical and sonographic data, indications for surgical treatment taking according to the pathological refluxes were formed: progression of clinical manifestations of the disease in the absence of positive results from conservative therapy – 58,57 %; increase in cosmetic deficits – 11,79 %; active prevention of obstetric bleeding from varicose veins of the external genitalia during natural childbirth – 12,86 %; active prevention of thrombophlebotic and thromboembolic complications – 16,79 %.

It was established that surgery should have a minimal risk of developing general complications for mother and child; not to affect the course of pregnancy and fetal development; minimal risk of damage to nerves, main arteries and veins in the area of surgery; to promote the maximum efficiency and reliability at elimination of pathological refluxes and pathological sites of veins; low trauma should be combined with high intervention cosmetics; the technique of intervention should be optimal, namely surgical intervention lasting up to 1 hour; 2-3 hours after the intervention, the patient should not feel severe pain.

Intraoperatively, it was recommended to cancel the "classic" drug premedication and replace it with distraction therapy. All patients used local anesthesia, which minimized surgical stress (tumescence anesthesia was performed with a heated solution of anesthetic to a temperature of 37 degrees with a concentration of 0.25%). Minimally aggressive open surgical methods that reduce the inflammatory component of the stress response (hemodynamic types of CHIVA-type operations) were used. In order to prevent the manifestations of inferior vena cava syndrome and/or aorto-caval syndrome, the feature is that the pregnant woman was placed on the operating table on her back but with the operating table rotated from 15 to 30 degrees to the left. The optimal timing of operations - 26-39 weeks of pregnancy in an obstetric department.

The proposed multidisciplinary program "Fast Track Surgery" allowed to ensure in 89.29% of cases of natural childbirth without bleeding and reduce the number of thrombotic complications by 2 times. According to the results of the surgical treatment it was possible to reduce the severity of clinical manifestations on the VCSS scale by 2.26 times ($p < 0.001$), on the VSD scale by 1.34 times ($p < 0.05$), the level of pain on the VAS scale by 1.71 times ($p < 0.05$). Assessment of quality of life after surgery revealed an excellent result in 87% of pregnant women and an improvement of 2.56 times ($p < 0.001$) of all criteria on the CIVIQ-20 scale.

Key words: varicose veins of the lower extremities, perineum, inguinal canal and external genitalia, pregnancy, CHIVA, ASVAL, "Fast Track Surgery".

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

ASVAL	- Ambulatory Selective Varices Ablation under Local anesthesia;
CEAP	- Clinical, Etiological, Anatomical, Pathophysiological ;
CHIVA	- Conservatrice et Hémodynamique de l'Insuffisance Veineuse en Ambulatoire;
VCSS	- venous clinical severity score;
VDS	- venous disability score;
VSS	- venous severity scoring;
ВПВ	- велика підшкірна вена;
ІР	- індекс резистентності;
МПВ	- мала підшкірна вена;
ІІ	- пульсаційний індекс;
ПХЗВ	- первинне хронічне захворювання вен;
ПВРВПК	- первинне варикозне розширення вен пахового каналу;
УЗД	- ультразвукова діагностика;
ц-ВАШ	- циркадна візуально аналогова шкала.

Підписано до друку 23.03.2021. Формат 60x84/16. Гарнітура Times.
Друк офсетний. Папір офсетний № 1. Ум. др. арк. 0,9.
Наклад 100 прим.

Видавництво «Укрмедкнига»
Тернопільського національного медичного університету імені І.Я. Горбачевського,
майдан Волі, 1, м. Тернопіль, 46001, Україна

Тел. (0352)52-80-09
E mail: ukrmedknyga@tdmu.edu.ua