

УДК: 618.3-06:616.34-008.14/.15]-07-08  
DOI: 10.24061/2413-4260. XIV.2.52.2024.10

## ЯКІСТЬ ЖИТТЯ У ВАГІТНИХ З ХРОНІЧНИМИ ПОВІЛЬНО-ТРАНЗИТОРНИМИ ЗАКРЕПАМИ

**І.Лецишин, Л. Маркулан, П. Бик,  
Я. Сусак, Н.Мартинюк, О.Охоцька**

Національний медичний університет  
імені О. О. Богомольця (м. Київ, Україна)

### Резюме

Значна кількість вагітних жінок страждає від закрепів, які посилюються з прогресуванням вагітності. Закрепи можуть маніфестувати вперше або існувати до вагітності як хронічний повільно-транзиторийний закреп. Хронічні закрепи погіршують перебіг вагітності та можуть вимагати екстреного хірургічного втручання з можливістю негативних наслідків для плода та жінки. Негативний вплив закрепу при вагітності можна зменшити, усунувши прояв симптомів до нього. Рекомендованим хірургічним втручанням є тотальна колектомія.

**Мета дослідження:** Оцінити якість життя у вагітних жінок із хронічним повільно- транзитним закрепом після консервативного лікування порівняно з хірургічним.

**Матеріали і методи:** Впродовж 2017-2022 рр. було проведено всебічне дослідження за участю 46 жінок, які мали хронічний повільно-транзиторийний закреп, резистентний до консервативного лікування. З них 22 хворих прооперовано (хірургічна група), а 24 хворим проведено консервативне лікування (консервативна група). Якість життя оцінювали за шкалою SF-36 до лікування, через 90 днів після початку лікування та протягом кожного триместру вагітності.

**Результати дослідження.** Після лікування фізична якість життя була порівнянною (47,92±3,7 проти 45,99±4,71) між групами, тоді як психічна якість життя була значно вищою в хірургічній групі (50,59±2,79 проти 46,94±4,85,  $p = 0,009$ ). У другому триместрі хірургічна група мала значно вищу фізичну якість життя порівняно з групою консервативного лікування (43,9±2,4 проти 40,5±2,6,  $p = 0,029$ ). У третьому триместрі як фізичні (39,3±3,6 проти 29,7±5,1,  $p = 0,003$ ), так і психічні (51,7±2,5 проти 40,5±6,3,  $p = 0,003$ ) показники ЯЖ були значно вищими в хірургічній групі.

**Висновки.** Порівняно з консервативною терапією, колектомія покращує якість життя вагітних жінок із хронічним повільним транзитним закрепом, що свідчить про те, що це є безпечний та ефективний варіант лікування до вагітності.

**Ключові слова:** хронічний повільно-транзиторийний закреп; вагітність; якість життя; колектомія; консервативна терапія.

### Вступ

Під час вагітності у 11 до 40 % жінок виникають закрепи [1, 2, 3], тяжкість яких з часом збільшується [2]. Закрепи можуть маніфестувати вперше або існувати до вагітності як хронічний повільно-транзиторийний процес. Останній діагностуються за наявності 2-х із 6-ти умов, які означені в Римських критеріях IV перегляду [4]:

- сильне натужування частіше, ніж при кожній четвертій дефекації,
- комковатий або твердий кал частіше, ніж при кожній четвертій дефекації (тип I, II згідно Бристольської шкали),
- менше, ніж три дефекації на тиждень,
- відчуття неповного спорожнення кишечника більш ніж при чверті дефекацій,
- відчуття блокади в аноректальній ділянці не менше, ніж при чверті дефекацій,
- пальцева допомога при дефекації.

Хронічні закрепи погіршують перебіг вагітності та можуть вимагати екстреного хірургічного втручання [5, 6] з можливістю негативних наслідків для плода та жінки [7, 8]. Негативний вплив закрепу при вагітності можна зменшити усунувши прояви симптомів до нього. Рекомендованим хірургічним втручанням є тотальна колектомія [9, 10]. Крім того доведено, що колектомія не впливає на фертильність жінки [11, 12]. Але доцільність виконання колектомії у випадку повільно-транзиторийних закрепів, рефрактерних до консервативної терапії, у жінок, що планують вагітність, наразі не визначена.

**Мета дослідження.** Оцінити якість життя у вагітних жінок із хронічним повільно транзитним закрепом після консервативного лікування порівняно з хірургічним.

### Матеріали та методи

Протягом періоду 2017-2022 рр. було проведено всебічне дослідження за участю 46 жінок, які планували вагітність і страждали на хронічний повільно-транзиторийний закреп (ХПТЗ), резистентний до попереднього консервативного лікування. Діагноз ХПТЗ встановлювали згідно із IV Римськими критеріями [3]. Оперативне втручання було проведено 22 хворим (47,8 %), які були віднесені до основної групи (група О). 24 (52,2 %) хворих відмовилися від операції та отримали консервативне лікування – група порівняння (група П). У групі О пацієнткам до вагітності виконано відкриту (19-86,4 %) або лапароскопічну (3-13,6 %) колектомію, у тому числі, колектомію з ілеоректальним анастомозом – у 17 (77,3 %) жінок, колектомію з низькою резекцією прямої кишки та ілеоректоанастомозом – у 2 (9,1 %), лапароскопічну колектомію з ілеоректоанастомозом – у 3 (13,6 %) хворих. Якість життя (ЯЖ) оцінювали за шкалою SF-36 до лікування, через 90 днів після початку лікування та протягом кожного триместру вагітності. Ефективність лікування закрепів оцінювали за інтервалами між дефекаціями, типом калу за Бристольською шкалою та проходженням рентгеноконтрастних міток до та після вагітності. Зменшення інтервалу між дефекаціями до 1 разу на 1-2 дні та зміна калу до 3/4 типу були ознаками ефективного консервативного лікування [13].

Середній вік пацієнтів в обох групах статистично не відрізнявся:  $-33,9 \pm 6,7$  років проти  $32,0 \pm 6,0$  років ( $p = 0,127$ ), індекс маси тіла  $-22,1 \pm 2,4$  кг/м<sup>2</sup> проти  $21,9 \pm 2,6$  кг/м<sup>2</sup> ( $p = 0,214$ ) відповідно у групах О та П. За станом соматичної та репродуктивної систем вони не мали протипоказань до вагітності.

Статистичний аналіз виконували із застосування програми IBM SPSS Statistics, V 22. Розраховували дискриптивну статистику. Дані оцінювали на нормальність за допомогою тесту Шапіро-Вілка. Середні значення представлено як  $M \pm SD$ . Категоричальні дані виражали як кількість (%). Порівняння середніх значень кількісних змінних здійснювали за допомогою U-тесту

Манна-Уїтні. Порівняння відносних величин здійснювали за допомогою хі квадрат тесту Пірсона. Нульову гіпотезу рівності змінних відкидали при  $p < 0,05$ .

### Результати та їх обговорення

У групі О дві жінки мали дітей до лікування. В однієї жінки було двоє дітей, один з яких народився до появи симптомів закрепю. У групі П усі діти народилися після виявлення закрепю (табл. 1). Усі діти були зачаті та народжені природним шляхом. У групі О в однієї жінки стався викидень. У 2 (9,0 %) жінок групи О і 3 (12,5 %) жінок групи П спостерігалось посилення симптомів запору під час вагітності до лікування ( $p = 0,711$ ).

Таблиця 1

Порівняльна характеристика групи О та групи П до початку лікування

Показник	Група О n=22		Група П n=24		p
	Абс.	%	Абс.	%	
Успішні вагітності	2	9,0	3	12,5	0,711
Викідні в анамнезі	1	4,5	0	0,0	0,965
Відмова від вагітності	6	27,3	5	20,8	0,734
Збільшення вираженості симптоматики закрепів під час вагітності	2	9,0	3	12,5	0,711
Інтервал між дефекаціями до лікування, доба, $M \pm SD$	6,8 $\pm$ 1,8		7,4 $\pm$ 2,4		0,403
Пасаж рентген-контрастних міток до лікування, доба, $M \pm SD$	10,9 $\pm$ 3,8		10,2 $\pm$ 3,4		0,842
Використання дієти зі збільшеним вмістом клітковини	21	95,45	22	91,6	0,613
Тиск на черевну порожнину для полегшення дефекації	20	90,9	23	95,8	0,51
Використання фармакологічних засобів	21	95,45	24	100	0,301
Використання очисних клізм	8	36,36	10	41,66	0,72

Певна кількість жінок відмовлялась від вагітності через наявність закрепів і побоювання екзацербачії закрепів – 6 (27,3 %) в групі О та 5 (20,8) в групі П ( $p=0,734$ ). Групи О та П статистично не відрізнялись за інтервалом між дефекаціями, пасажем рентген-контрастних міток та попередньо проведеними методами полегшення стану,  $p > 0,05$  (табл 1).

Протягом досліджуваного періоду 8 (36,4 %) жінок групи О завагітніли, тоді як 14 (64,6 %) не завагітніли, причому 4 (18,18 %) з них відмовились від планів щодо вагітності з особистих причин (рис. 1).

У групі П ефективну консервативну терапію вдалось підібрати для 19 жінок. Однак у 6 жінок підібрані

схеми мали прями протипоказання у разі вагітності. Вони вирішили відтермінувати вагітність і продовжити консервативне лікування закрепів. З числа жінок (13), у яких терапія була ефективною і не було протипоказань до неї під час вагітності, завагітніли 6 (25 %) жінок. Не завагітніли 7 (29,16 %) жінок, з яких 3 (12,5 %) відмовились від планів за особистих причин (рис. 1).

Підібрати ефективну терапію 5 жінкам не вдалось. Ці жінки мали високий ризик збереження чи посилення проявів закрепів під час вагітності і, таким чином, значне погіршення ЯЖ.



Рис. 1. Частота вагітності в групі О (після оперативного втручання) та групі П (залежно від результатів консервативної терапії).

До лікування жінки групи О та групи П статистично не відрізнялися за середніми значеннями фізичного (PCS):  $35,15 \pm 6,31$  проти  $34,41 \pm 6,14$ ,  $p=0,700$  та психологічного (MCS)  $35,28 \pm 9,79$  проти  $35,59 \pm 8,74$ ,  $p=0,954$ , компонентів ЯЖ відповідно. Після лікування відмічалось покращення як фізичного та і психологічного компонентів в обох групах, при чому в групі О результати

за багатьма компонентами були достовірно кращими (рис. 2, 3; табл. 2).

Після розпочатої терапії спостерігалась відмінність в психологічному компоненті здоров'я (PCS) за рахунок неможливості підібрати ефективні схеми для 5 жінок.

Вплив лікування на фізичний та психологічний компонент якості життя в обох групах показані на рисунках 2 та 3.

Таблиця 2

Порівняння групи О та групи П

Показник		Група О N=22	Група П N=24	Р	
Успішних вагітностей, n (%)		8 (36,36)	6 (25,0)	0,900	
Гестози, n (%)		1 (12,5)	1 (16,6)	0,825	
SF-36		Норма			
I триместр	PCS	48-61	48,21±3,46	49,33±2,97	0,491
	MCS	51-58	50,13±3,14	51,69±2,06	0,345
II триместр	PCS	39-55	43,85±2,35	40,53±2,60	0,029
	MCS	49-62	49,30±5,51	48,79±1,76	0,142
III триместр	PCS	37,5-47,5	39,25±3,6	29,69±5,06	0,003
	MCS	49,5-66	51,66±2,54	40,53±6,26	0,003
До вагітності до початку терапії	PCS	-	35,15±6,31	34,41±6,14	0,700
	MCS	-	35,28±9,79	35,59±8,74	0,954
До вагітності після початку терапії	PCS	-	47,92±3,7	45,99±4,71	0,440
	MCS	-	50,59±2,79	46,94±4,85	0,009
Інтервал між дефекаціями через 90 днів після лікування, доба (M±SD)		Щоденно	2,31±1,73		
Інтервал між дефекаціями у вагітних, доба (M±SD)					
I триместр		Щоденно	2,16±1,25		
II триместр		Щоденно	2,56±1,98		
III триместр		Щоденно	4,44±2,87		
Середній інтервал між дефекаціями після вагітності		Щоденно	2,56±1,98		

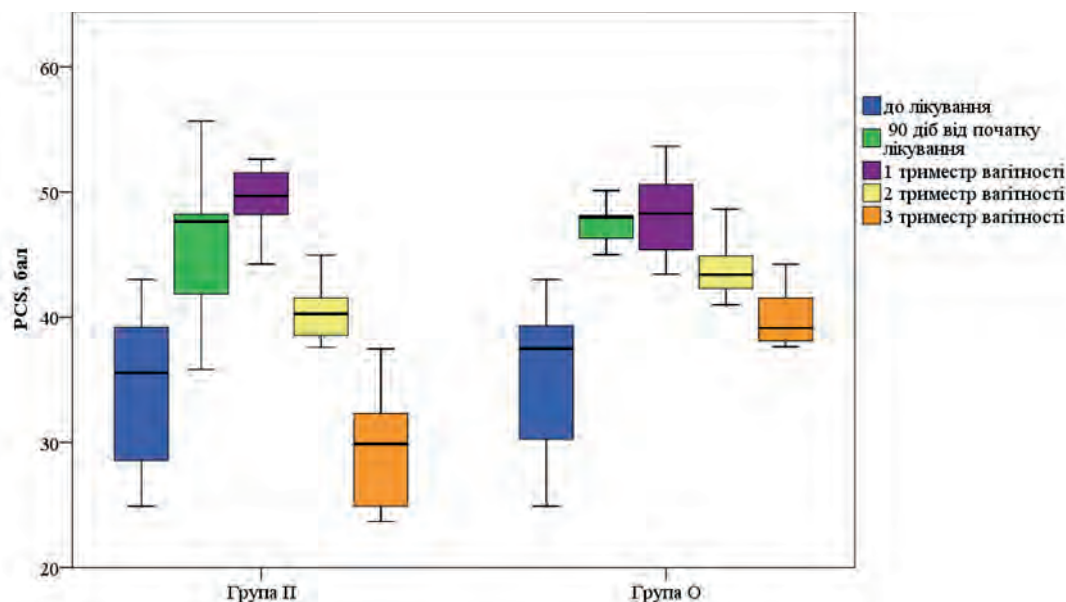
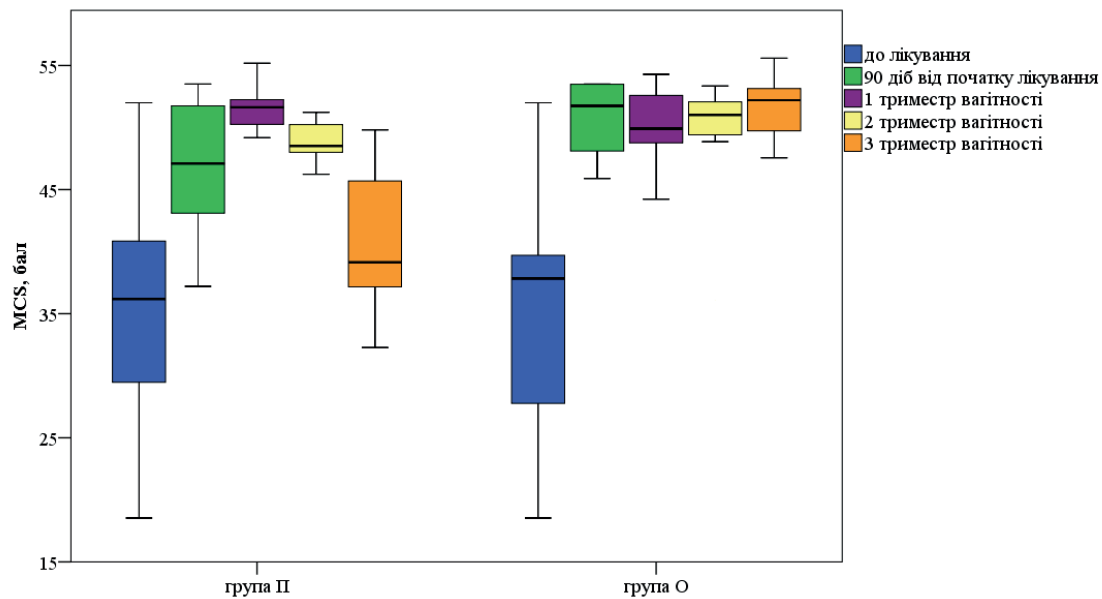


Рис. 2. Медіана та міжквартильний розмах показника фізичного компоненту здоров'я (PCS) за різних термінів опитування у групах дослідження.

У групі О у 8 жінок (36,3 %) наявна успішна вагітність після проведеної операції, причому в 1 випадку у жінки було 2 успішно завершени вагітності. У всіх 8 жінок вагітності завершилися без особливостей в строк. 3 дітей народились шляхом кесарева розтину, інші – природним шляхом.

У групі П у 6 жінок (25 %) вагітність завершилась без особливостей в строк. 1 дитина народилась шляхом кесарева розтину.

Гестози спостерігались у однієї жінки з кожної групи, за цим показником групи були співставимі ( $p=0,825$ ).



**Рис. 3. Медіана та міжквартильний розмах показника психологічного компоненту (MCS) за різних термінів опитування в групах дослідження.**

Після проведеного лікування ЯЖ жінок за показником фізичного компоненту була  $47,92 \pm 3,7$  в групі О та  $45,99 \pm 4,71$  в групі П, тобто співставимі ( $p=0,44$ ). Однак жінки, що були прооперовані, показали істотно вищі показники психічного здоров'я –  $50,59 \pm 2,79$  проти  $46,94 \pm 4,85$  відповідно ( $p=0,009$ ).

У I триместрі відмінностей в фізичній ( $p=0,491$ ) та психологічній ( $p=0,345$ ) компоненті здоров'я в обох групах не спостерігалось. У II триместрі була наявна суттєва відмінність в фізичній компоненті здоров'я ( $p=0,029$ ). У III триместрі була відмічена значна відмінність між групами О та П в обох компонентах здоров'я ( $p=0,003$ ). При цьому спостерігалось зниження ЯЖ в групі П порівняно з нормою, табл. 2.

У групі П були загострення закрепів під час вагітності, що проявлялося збільшенням інтервалу між випороженнями, починаючи з другого триместру – з  $2,16 \pm 1,25$  доби до  $2,56 \pm 1,98$ . У III триместрі – до  $4,44 \pm 2,87$  доби, акт випороження у 4 жінок був неможливий без очисних клізм.

### Обговорення отриманих результатів

Консервативне ведення вагітних із ХПТС є складним терапевтичним завданням, оскільки спектр дозволених препаратів значно обмежений через наявність протипоказань. Першою рекомендацією є дієта з високим вмістом клітковини [14, 15, 16, 17]. Дієта з високим вмістом клітковини призвела до 50 % зменшення тяжкості закрепи порівняно з групою без лікування [18]. [18]. Проте мета-аналіз, заснований на рандомізованих контрольованих дослідженнях, вказує на недостатність доказів [19].

У нашому дослідженні 21 (95,5 %) пацієнт групи О і 22 (91,6 %) пацієнти групи П дотримувалися дієти з високим вмістом клітковини. Ця дієта мала позитивний ефект, але ефект її признання спостерігався лише в поєднанні з фармацевтичними препаратами.

Деякі автори рекомендують тиснути на черевну порожнину для покращення акту дефекації [20]. 20

(90,9 %) жінок групи О і 23 (95,8 %) групи П інстинктивно виконували цю маніпуляцію, однак її ефективність у разі вагітності сумнівна.

Згідно з деякими дослідженнями, симптоми закрепи можна полегшити шляхом усунення дисбіозу кишечника. Ксилитоолігосахариди та пробіотики є корисними для вагітних [21] із важкими закрепками, оскільки інулін та фруктоолігосахариди стимулюють ріст біфідобактерій [22]. Доведено, що мікробіота людей із зкрепами значно відрізняється від контрольних показників [23]. Проте лікування пробіотиками завжди вимагає доказів того, що закрепи є результатом дисбіозу [24]. Механізм пробіотичної дії пов'язаний зі стимуляцією росту біфідобактерій при дисбіозі. Пробиотики не забезпечують етіопатогенетичного лікування хронічного повільного запору. [25, 26], тому до плану терапії у нашому дослідженні їх включено не було.

8 жінок у групі О (36,36 %) і 10 жінок у групі П (41,66 %) використовували очисні клізми принаймні двічі на тиждень для полегшення спорожнення кишечника. За даними анамнезу, 21 (95,45 %) пацієнтка групи О і 24 (100 %) пацієнтки групи П застосовували проносні засоби самостійно, тоді як із 46 пацієнток дотримувалися інструкції лише 12 (26 %). Згодом у всіх пацієнтів виникла стійкість до ліків, що пов'язано в основному із тривалим періодом використання.

Відповідно до рекомендацій щодо лікарських засобів, розміщених на сайті <https://mozdocs.kiev.ua>, в Україні для вагітних дозволені такі препарати [9]: А06А В – контактні проносні; А06А В06 – глікозиди сени; А06А С – об'ємотворюючі проносні; А06А С01 – препарати насіння подорожника; А06А D – осмотичні проносні; А06А D11 – лактулоза, і А06А D15 – макрогол. Інші препарати (прукалоприд, комбінації солей металів, зостір, натрію пікосульфат, рідкий парафін, бісакодил, рицинова олія) або прямо протипоказані до застосування під час вагітності, або не мають відповідних клінічних досліджень. Незважаючи на те, що системна абсорбція проносних

засобів є незначною [17], все ж таки їх використання не рекомендовано. Слід відмітити щодо ефективності, що стимулювальні засоби є більш ефективними порівняно з тими, що формують об'єм, однак вони мають більше побічних ефектів [18]. У результаті спостереження показали, що макрогол, гліцерин і лактулоза були рекомендовані як препарати першої лінії при закрепах під час вагітності [14, 16, 27]. Якщо вони були неефективними, бісакодил, натрію докусат або натрію пікосульфат розглядалися для застосування під медичним наглядом, незважаючи на їх можливі побічні ефекти.

Пропонується використовувати лише лактулозу та інші препарати, які мають доказову базу [28]. Лактулоза засвідчує оптимальну ефективність 84 % і вона вважається клінічно безпечною для вагітних [29]. Макрагол має також аналогічну ефективність і порівнювані побічні ефекти [30]. Беручи до уваги проведений вище аналіз, у нашому дослідженні підбір консервативної терапії ґрунтувався на дозволених для використання в Україні препаратах, а також з урахуванням індивідуальної відповіді хворих на терапію. Слід зауважити, що 5 жінкам ефективну консервативну терапію підібрати не вдалося. У 6 жінок застосоване лікування, яке було ефективним, на жаль було неприпустимим під час вагітності.

ХПТЗ негативно позначався на якості життя як за психологічним, так і фізичним компонентами здоров'я. У нашому випадку PCS був  $35,15 \pm 6,31$  в групі О та  $34,41 \pm 6,14$  в групі П, MCS –  $35,28 \pm 9,79$  та  $35,59 \pm 8,74$  відповідно, що збігається з результатами інших досліджень [31, 32]. Після проведеного лікування ЯЖ жінок за показником фізичного компоненту була  $47,92 \pm 3,7$  у групі О та  $45,99 \pm 4,71$  у групі П, тобто результати були співставимі ( $p=0,44$ ).

Однак жінки, що були прооперовані, показали істотно вищі показники психічного здоров'я – відповідно  $50,59 \pm 2,79$  проти  $46,94 \pm 4,85$  ( $p=0,009$ ). На нашу думку, відмінність у психічному стані здоров'я пов'язана з потребою жінок групи П постійно вживати ліки, що вони вже робили протягом багатьох років, до того ж ефект настає не миттєво, на відміну від хірургічного лікування.

У жінок, які не страждають на закрепи під час вагітності, спостерігаються зміни фізичного і психологічного компонентів здоров'я, причому в кожному наступному триместрі середній показник PCS зменшується, а MCS зростає. [33] Порівняно з цими даними, ЯЖ жі-

нок під час вагітності з групи О статистично не відрізнялись від жінок без симптомів закрепів. Однак в групі П спостерігалось значне зниження фізичного компоненту здоров'я у 2 триместрі ( $40,53 \pm 2,60$ ) та обох компонентів здоров'я (PCS= $29,69 \pm 5,06$ , MCS= $40,53 \pm 6,26$ ) – у 3 триместрі. При цьому протягом вагітності в групі П середній показник PCS та MCS послідовно знижувався з плином часу, до того ж, починаючи з 2 триместру показники були нижчими порівняно з такими, що наведені в літературі щодо аналогічного контингенту жінок без закрепів [33]. Це ймовірно може бути пов'язано як зі зміною гормонального фону, так і з фізичним тиском тіла матки на товсту кишку, який, за даними ряда авторів, особливо відзначається у 3 триместрі [1,2,3], невілюючи, таким чином, позитивний вплив консервативної терапії на перистальтику.

Консервативна терапія має певні обмеження щодо застосування, що зазначалося вище. До того ж, у 5 випадках консервативна терапія взагалі не була ефективною. Отже, на нашу думку, колектомія значно покращує ЯЖ жінок, що збираються вагітніти, але страждають на важкі форми ХПТЗ, за умови завчасного її проведення для виключення ризиків серйозних ускладнень [7].

Обмеження досліджень. Амбулаторне лікування унеможливає моніторинг дотримання усіх рекомендацій групи порівняння. Відсутність вагітності в обох групах може бути пов'язана з порушеннями чоловічої репродуктивної системи, фінансовими труднощами або зміною сімейного статусу, а також недостатнім часом лікування. Використовувати всі наявні консервативні методи лікування було неможливо, тому що деякі препарати ще офіційно не дозволені в Україні.

### Висновки:

У жінок з хронічними повільнотранзитними закрепами, які планують вагітність, хірургічне лікування (колектомія) є безпечним методом та асоціюється з кращими показниками якості життя в період вагітності порівняно з консервативною терапією.

**Декларація інтересів:** Автори заявляють, що не мають конфлікту інтересів.

**Фінансування.** У цьому дослідженні не використовувалися будь-які гранти чи фінансування.

### Література:

1. Body C, Christie JA. Gastrointestinal Diseases in Pregnancy: Nausea, Vomiting, Hyperemesis Gravidarum, Gastroesophageal Reflux Disease, Constipation, and Diarrhea. *Gastroenterol Clin North Am.* 2016;45(2):267-83. doi: 10.1016/j.gtc.2016.02.005
2. Bradley CS, Kennedy CM, Turcea AM, Rao SS, Nygaard IE. Constipation in pregnancy: prevalence, symptoms, and risk factors. *Obstet Gynecol.* 2007;110(6):1351-7. doi: 10.1097/01.AOG.0000295723.94624.b1
3. Calhoun BC. Gastrointestinal disorders in pregnancy. *Obstetrics and gynecology clinics of North America.* 1992;19(4):733-44. doi: 10.1016/S0889-8545(21)00616-1
4. Lacy BE, Mearin F, Chang L, Chey WD, Lembo AJ, Simren M, et al. Bowel disorders. *Gastroenterology.* 2016;150(6):1393-407. doi: 10.1053/j.gastro.2016.02.031
5. Wald A, Van Thiel DH, Hoechstetter L, Gavaler JS, Egler KM, Verm R, et al. Effect of pregnancy on gastrointestinal transit. *Digest Dis Sci Dig Dis Sci.* 1982;27(11):1015-8. doi: 10.1007/BF01391748
6. Wang R, Su Q, Yan Z. Treatment of slow transit constipation-induced ileus during pregnancy by colectomy with ileorectal anastomosis: A case report. *Medicine[Internet].* 2020[cited 2024 Feb 7];99(18): e19944. Available from: [https://journals.lww.com/md-journal/fulltext/2020/05010/treatment\\_of\\_slow\\_transit\\_constipation\\_induced.28.aspx](https://journals.lww.com/md-journal/fulltext/2020/05010/treatment_of_slow_transit_constipation_induced.28.aspx) doi: 10.1097/MD.00000000000019944
7. Wilson IA, Dench J, Garrett WV. Surgical management of ulcerative colitis in an ongoing pregnancy: report of a case and literature review. *Int J Colorectal Dis.* 2014;29(2):271. doi: 1007/s00384-013-1786-6

8. Grossmann EM, Kaminski DL, Amon E, Longo WE. Idiopathic megarectum complicating pregnancy: report of a case. *Am J Gastroenterol.* 2000;95(10):2969-72. doi: 10.1111/j.1572-0241.2000.03212.x
9. Andresen V, Becker G, Frieling T, Goebel-Stengel M, Gundling F, Herold A, et al. Aktualisierte S2k-Leitlinie chronische Obstipation der Deutschen Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS) und der Deutschen Gesellschaft für Neurogastroenterologie und Motilität (DGNM) – April 2022 – AWMF-Registriernummer: 021-019. *Z Gastroenterol.* 2022;60(10):1528-72. doi: 10.1055/a-1880-1928
10. Vitton V, Damon H, Benezech A, Bouchard D, Brardjanian S, Brochard C, et al. Clinical practice guidelines from the French National Society of Coloproctology in treating chronic constipation. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 2018;30(4):357-63. doi: 10.1097/MEG.0000000000001080
11. Metcalf AM, Dozois RR, Kelly KA. Sexual function in women after proctocolectomy. *Ann Surg.* 1986;204(6):624-7. doi: 10.1097/0000658-198612000-00002
12. Wax JR, Pinette MG, Cartin A, Blackstone J. Female reproductive health after ileal pouch anal anastomosis for ulcerative colitis. *Obstet Gynecol Surv.* 2003;58(4):270-4. doi: 10.1097/01.OGX.0000058117.70884.82
13. Southwell BR, Clarke MC, Sutcliffe J, Hutson JM. Colonic transit studies: normal values for adults and children with comparison of radiological and scintigraphic methods. *Pediatr Surg Int.* 2009;25(7):559-72. doi: 10.1007/s00383-009-2387-x
14. Cullen G, O'Donoghue D. Constipation and pregnancy. *Best Pract Res Clin Gastroenterol.* 2007;21(5):807-18. doi: 10.1016/j.bpg.2007.05.005
15. Jewell, D., Young, G., & Cochrane Pregnancy and Childbirth Group. (1996). Interventions for treating constipation in pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2015(9). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001142>
16. Thukral C, Wolf JL. Therapy insight: drugs for gastrointestinal disorders in pregnant women. *Nat Clin Pract Gastroenterol Hepatol.* 2006;3(5):256-66. doi: 10.1038/ncpgasthep0452
17. Trotter M, Erebara A, Bozzo P. Treating constipation during pregnancy. *Can Fam Physician.* 2012;58(8):836-8.
18. Rungsiprakarn P, Laopaiboon M, Sangkomkhamhang US, Lumbiganon P, Pratt JJ. Interventions for treating constipation in pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*[Internet]. 2015[cited 2024 Feb 3];2015(9): CD011448. Available from: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD011448.pub2/full> doi: 10.1002/14651858.CD011448.pub2
19. Vazquez JC. Constipation, haemorrhoids, and heartburn in pregnancy. *BMJ Clin Evid*[Internet]. 2010[cited 2024 Feb 3];1411. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3217736/>
20. Kirca AŞ, Kanza Gül D. Effects of self-acupressure on pregnancy-related constipation: A single-blind randomized controlled study. *Explore (NY).* 2021;17(5):463-8. doi: 10.1016/j.explore.2020.07.004
21. Tateyama I, Hashii K, Johno I, Iino T, Hirai K, Suwa Y, et al. Effect of xylooligosaccharide intake on severe constipation in pregnant women. *J Nutr Sci Vitaminol.* 2005;51(6):445-8. doi: 10.3177/jnsv.51.445
22. de Milliano I, Tabbers MM, van der Post JA, Benninga MA. Is a multispecies probiotic mixture effective in constipation during pregnancy? 'A pilot study'. *Nutr J.* 2012;11:80. doi: 10.1186/1475-2891-11-80
23. Li H, Chen J, Ren X, Yang C, Liu S, Bai X, et al. Gut Microbiota Composition Changes in Constipated Women of Reproductive Age. *Front Cell Infect Microbiol*[Internet]. 2021[cited 2024 Mar 5];10:557515. Available from: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fcimb.2020.557515/full> doi: 10.3389/fcimb.2020.557515
24. Ohkusa T, Koido S, Nishikawa Y, Sato N. Gut Microbiota and Chronic Constipation: A Review and Update. *Front Med.* 2019;6:19. doi: 10.3389/fmed.2019.00019
25. Knowles CH, De Giorgio R, Kapur RP, Bruder E, Farrugia G, Geboes K, et al. The London Classification of gastrointestinal neuromuscular pathology: report on behalf of the Gastro 2009 International Working Group. *Gut.* 2010;59(7):882-7. doi: 10.1136/gut.2009.200444
26. Нормативно-директивні документи МОЗ України[Інтернет]. С2012[цитовано 2024 Січ 6]. Доступно: <https://mozdocs.kiev.ua>
27. Gharehbaghi K, Gharehbaghi DR, Wierrani F, Sliutz G. Treatment of Chronic Functional Constipation during Pregnancy and Lactation. *Z Geburtshilfe Neonatol.* 2016;220(1):9-15. doi: 10.1055/s-0035-1554626
28. Prather CM. Pregnancy-related constipation. *Curr Gastroenterol Rep.* 2004;6(5):402-4. doi: 10.1007/s11894-004-0057-7
29. Müller M, Jaquenoud E. Treatment of constipation in pregnant women. A multicenter study in a gynecological practice. *Schweiz Med Wochenschr.* 1995;125(36):1689-93.
30. Li H, Zhang P, Xue Y. A comparison of the safety and efficacy of polyethylene glycol 4000 and lactulose for the treatment of constipation in pregnant women: a randomized controlled clinical study. *Ann Palliat Med.* 2020;9(6):3785-92. doi: 10.21037/apm-20-1674
31. Tian Y, Wang L, Ye JW, Zhang Y, Zheng HC, Shen HD, et al. Defecation function and quality of life in patients with slow-transit constipation after colectomy. *World J Clin Cases.* 2020;8(10):1897-907. doi: 10.12998/wjcc.v8.i10.1897
32. Wald A, Scarpignato C, Kamm MA, Mueller-Lissner S, Helfrich I, Schuijt C, et al. The burden of constipation on quality of life: results of a multinational survey. *Aliment Pharmacol Ther.* 2007;26(2):227-36. doi: 10.1111/j.1365-2036.2007.03376.x
33. Lagadec N, Steinecker M, Kapassi A, Magnier AM, Chastang J, Robert S, et al. Factors influencing the quality of life of pregnant women: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2018;18(1):455. doi: 10.1186/s12884-018-2087-4

## QUALITY OF LIFE IN PREGNANT WOMEN WITH CHRONIC SLOW TRANSIT CONSTIPATION

*Ivan Leschyshyn, Leonid Markulan, Pavlo Byk, Yaroslav Susak, Nikita Martyniuk, Olha Okhotska*

National Medical University named after O. O. Bogomolets  
(Kyiv, Ukraine)

### Summary.

A significant number of pregnant women suffer from constipation, which tends to worsen as pregnancy progresses. Chronic constipation worsens the course of pregnancy and may require emergency surgery with possible negative consequences for the fetus and the woman. The negative impact of constipation during pregnancy can be reduced by eliminating the manifestation of symptoms before it. The recommended surgical procedure is total colectomy.

**The aim** of this study was to evaluate the quality of life (QoL) of pregnant women with chronic slow transit constipation (CSTC) after conservative versus surgical treatment.

**Method:** Between 2017 and 2022, a comprehensive study was conducted on 46 women with CSTC that was resistant to conservative treatment. Among them, 22 patients underwent surgery (group M), while 24 patients received conservative treatment (group C). Quality of life was assessed using the SF-36 scale before treatment, 90 days after treatment initiation, and during each trimester of pregnancy.

**Results:** After treatment, physical QoL was comparable between groups ( $47.92 \pm 3.7$  vs.  $45.99 \pm 4.71$ ), whereas mental QoL was significantly higher in the surgical group ( $50.59 \pm 2.79$  vs.  $46.94 \pm 4.85$ ,  $p=0.009$ ). In the second trimester, the surgical group had significantly higher physical QoL than the non-surgical group ( $43.9 \pm 2.4$  vs.  $40.5 \pm 2.6$ ,  $p = 0.029$ ). In the third trimester, both physical ( $39.3 \pm 3.6$  vs.  $29.7 \pm 5.1$ ,  $p = 0.003$ ) and mental ( $51.7 \pm 2.5$  vs.  $40.5 \pm 6.3$ ,  $p = 0.003$ ) QoL scores were significantly higher in the surgical group.

**Conclusions:** Compared with conservative therapy, colectomy improves the quality of life of pregnant women with CSTC, suggesting that it is a safe and effective treatment option before pregnancy.

**Key words:** Chronic Slow Transit Constipation; Pregnancy; Quality of Life; Colectomy; Conservative Therapy.

**Контактна інформація:**

**Лецишин Іван Михайлович** – к.мед.н., доцент кафедри хірургії з курсом невідкладної та судинної хірургії Національного медичного університету імені О. О. Богомольця (м.Київ, Україна)  
**e-mail:** ileshchyshyn3@gmail.com

**ORCID ID:** <https://orcid.org/0000-0003-1429-2756>

**Scopus Author ID:** <https://www.scopus.com/authid/detail.uri?authorId=57264814500>

**Маркулан Леонід Юрійович** – к.мед.н., доцент, кафедра хірургії з курсом невідкладної та судинної хірургії Національного медичного університету імені О. О. Богомольця (м.Київ, Україна)  
**e-mail:** markulan@ukr.net

**ORCID ID:** <https://orcid.org/0000-0003-2879-5012>

**Scopus Author ID:** <http://www.scopus.com/authid/detail.uri?authorId=6602801404>

**Researcher ID:** AEA-4560-2022

**Бик Павло Леонідович** – к.мед.н., асистент, кафедра хірургії з курсом невідкладної та судинної хірургії Національного медичного університету імені О. О. Богомольця (м. Київ, Україна)  
**e-mail:** byckpavlo@gmail.com

**ORCID ID:** <https://orcid.org/0000-0002-2215-3978>

**Scopus Author ID:** <https://www.scopus.com/authid/detail.uri?authorId=57264060300>

**Сусак Ярослав Михайлович** – д.мед.н., професор, завідувач кафедри хірургії з курсом невідкладної та судинної хірургії Національного медичного університету імені О. О. Богомольця (м. Київ, Україна)

**e-mail:** yarsus@ukr.net

**ORCID ID:** <http://orcid.org/0000-0002-5102-485X>

**Scopus Author ID:** <https://www.scopus.com/authid/detail.uri?authorId=6602866383>

**Researcher ID:** ABA-6086-2021

**Мартинюк Нікіта Сергійович** – студент 4 курсу Національного медичного університету імені О. О. Богомольця (м. Київ, Україна)  
**e-mail:** martuniuk2017@gmail.com

**ORCID ID:** <https://orcid.org/0000-0002-0458-8441>

**Охоцька Ольга Ігорівна** – к.мед.н., асистент, кафедра хірургії з курсом невідкладної та судинної хірургії Національного медичного університету імені О. О. Богомольця (м. Київ, Україна)

**e-mail:** Okhotskaya32@gmail.com

**ORCID ID:** <https://orcid.org/0000-0002-3468-8179>

**Scopus Author ID:** <https://www.scopus.com/authid/detail.uri?authorId=36127703700>

**Contact Information:**

**Ivan Leschyshyn** – PhD in Medicine, Associate Professor, Department of Surgery with a Course of Emergency and Vascular Surgery, National Medical University named after O. O. Bogomolets (Kyiv, Ukraine)  
**e-mail:** ileshchyshyn3@gmail.com

**ORCID ID:** <https://orcid.org/0000-0003-1429-2756>

**Scopus Author ID:** <https://www.scopus.com/authid/detail.uri?authorId=57264814500>

**Leonid Markulan** – PhD in Medicine, Associate Professor, Department of Surgery with a Course of Emergency and Vascular Surgery, National Medical University named after O. O. Bogomolets (Kyiv, Ukraine)  
**e-mail:** markulan@ukr.net

**ORCID ID:** <https://orcid.org/0000-0003-2879-5012>

**Scopus Author ID:** <http://www.scopus.com/authid/detail.uri?authorId=6602801404>

**Researcher ID:** AEA-4560-2022

**Pavlo Byk** – PhD in Medicine, Assistant, Department of Surgery with a Course of Emergency and Vascular Surgery, National Medical University named after O. O. Bogomolets (Kyiv, Ukraine)  
**e-mail:** byckpavlo@gmail.com

**ORCID ID:** <https://orcid.org/0000-0002-2215-3978>

**Scopus Author ID:** <https://www.scopus.com/authid/detail.uri?authorId=57264060300>

**Yaroslav Susak** – Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Surgery with a Course of Emergency and Vascular Surgery, National Medical University named after O. O. Bogomolets (Kyiv, Ukraine)

**e-mail:** yarsus@ukr.net

**ORCID ID:** <http://orcid.org/0000-0002-5102-485X>

**Scopus Author ID:** <https://www.scopus.com/authid/detail.uri?authorId=6602866383>

**Researcher ID:** ABA-6086-2021

**Nikita Martyniuk** – 4th-year student at National Medical University named after O. O. Bogomolets (Kyiv, Ukraine)  
**e-mail:** martuniuk2017@gmail.com

**ORCID ID:** <https://orcid.org/0000-0002-0458-8441>

**Olha Okhotska** – PhD in Medicine, Assistant, Department of Surgery with a Course of Emergency and Vascular Surgery, National Medical University named after O. O. Bogomolets (Kyiv, Ukraine)

**e-mail:** Okhotskaya32@gmail.com

**ORCID ID:** <https://orcid.org/0000-0002-3468-8179>

**Scopus Author ID:** <https://www.scopus.com/authid/detail.uri?authorId=36127703700>



Надійшло до редакції 11.02.2024 р.  
Підписано до друку 15.04.2024 р.