

УДК 618.21-089:616.14-004.64.

Активна підготовка родового тракту до пологів у вагітних з прогресуючим варикозним розширенням вен зовнішніх статевих органів, промежини для запобігання геморагічним ускладненням під час пологів природнім шляхом.

Антонюк-Кисіль В.М., Єнікеєва В.М, Лічнер С.І. ,Липний В.М.

КЗ “Обласний перинатальний центр” Рівненської обласної ради.

Згідно наказу МОЗ України від 24 березня 2014 року за № 205 клінічного протоколу «Акушерські кровотечі» відмічено, що з метою збереження репродуктивного здоров'я жінок є підвищення якості і ефективності медичної допомоги зокрема заходів щодо попередження можливих ускладнень (крововтрати, геморагічний шок і інше) за рахунок надання своєчасної ефективної допомоги. Якісна організація медичної допомоги на етапах спостереження за вагітними ,впровадження новітніх технологій по профілактиці акушерських кровотеч ,відмова від застарілих та неефективних практик дають можливість попередити крововтрату і зберегти життя та репродуктивне здоров'я жінки. Згідно етіологічних факторів розвитку післяпологових кровотеч –«4Т»-в структурі її є травма пологових шляхів з розривом варикозних вузлів області вульви.

Мета – підготувати природній шлях для пологів використовуючи хірургічні методи ліквідації патологічних венозних рефлюксів(ПВР), при прогресуючому розширенню підшкірних вен зовнішніх статевих органів та промежини , також для коректного виношування вагітності, зменшення степені деформації зовнішніх статевих губ та показів до родорозрішення шляхом кесарева розтину через загрозу геморагічних ускладнень із варикозних вузлів.

Матеріали і методи. За період з початку 2013 року та 2016 рік включно на базі комунальний заклад “Обласний перинатальний центр” Рівненської обласної ради під спостереженням знаходилось 70 вагітних з ізольованим

варикозним розширенням підшкірних вен зовнішніх статевих органів(ВРПВЗСО) та 108 вагітних в поєднанні ВРПВЗСО та прогресуючого розширенням підшкірних вен нижніх кінцівок . Причиною ВРПВЗСО був ППВ в систему зовнішніх соромних вен із великої підшкірної вени(ВПВ) у 121(67.97%) вагітної та і з венозної системи внутрішніх соромних вен в систему зовнішніх соромних вен через перфорантних вени (ПВ) промежини у 57 (32.02%) вагітних ,що було встановлено після дуплексного сканування. Прооперовано 137 вагітних. Виконано 142 оперативних втручання. Оперативні втручання виконувались в переважній більшості в другому триместрі вагітності - 129(94.16%) вагітним, в третьому триместрі – 8 (5.84%) пацієнткам. Для знеболення всім оперованим вагітним використовували тумесцентну анестезію. У 134(97.81%) вагітних виконували однобічну перев'язку ВПВ і соромних вен в ділянці кросу та у 3 (2.18%) випадках виконували двобічну перев'язку ВПВ в ділянці кросу ,зовнішньої **соромної** вени і безіменних гілок, які формували варикозне розширення статевих губ. Окрім того у 21 (15.32%) вагітної- виконували перев'язку ВПВ ,приустьєвих гілок з перев'язкою ПВ гомілки і/або стегна та промежини, 12 (8.75%) пацієнткам перев'язку ВПВ і приустьєвих гілок з перев'язкою ПВ гомілки і/або стегна у поєднанні з мініфлебектомією по Мюллеру.

Результати дослідження і обговорення. По суб'єктивній оцінці оперованих вагітних на 2 день після операції позитивний результат отримано у всіх пацієнток. Погіршення в загальному стані вагітних і плодів не зафіксовано. Контроль за серцебиттям плоду і тонусом матки проводився за допомогою кадіотокографії до і після операції. Оперовані вагітні в 11 триместрі виписувались зі стаціонару на 2 день після операції. Вагітні оперовані в 111 триместрі знаходились в стаціонарі до пологів. Дуплексне сканування оперованих ділянок виконувалось через 2 тижні після операції. Ретроградного наповнення вен зовнішніх статевих органів, підшкірних вен нижніх кінцівок не виявлено. Пологи відбувались через природні родові

шляхи у всіх оперованих вагітних .Геморагічних ускладнень не діагностовано до і після пологів

Висновки. Чітке встановлення причин прогресуючого розширення вен зовнішніх статевих органів і промежини дозволило хірургічним шляхом підготувати родові шляхи для безпечного родорозрішення по них, запобігти прогресуванню даної патології ,стати на заваді значній деформації зовнішніх статевих губ, комфортному виношуванню вагітності. Венотоніки ,дезагреганти в післяопераційному періоді не використовувались. До, підчас і після пологів рекомендовано носіння тільки еластичного трикотажу клас компресії 2.