

Оригінальні дослідження:

УДК 618.2:618.1-089:616.14

ПОКАЗИ ДО ПЛАНОВОГО ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПЕРВИННОГО СИМПТОМНОГО ХРОНІЧНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ВЕН НИЖНІХ КІНЦІВОК, ЗОВНІШНІХ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ, ПРОМЕЖИНИ У ВАГІТНИХ

Антонюк-Кисіль В.М.¹, Дзюбановський І.Я.², Єнікеєва В.М.³, Лічнер С.І.³, Липний В.М.³

¹Комунальний заклад «Обласний перинатальний центр» Рівненської обласної ради, м. Рівне, Україна, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-003-4080-3775>, e-mail: kisil2016@ukr.net

²Тернопільський медичний університет ім. І.Я. Горбачевського МОЗ України, кафедра хірургії науково-навчального інституту факультету післядипломної освіти,

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-8852-3938>, м. Тернопіль, Україна,

³ТзОВ «ЛОКЕ», м. Рівне, Україна

Резюме. Ціль. Розробити і впровадити строго індивідуальні покази до безпечного, як для матері, так і дитини, планового хірургічного лікування вагітних з первинним симптомним хронічним захворюванням вен (ПХХЗВ) в умовах короткотерміновим перебуванням в акушерському стаціонарі.

Матеріали і методи дослідження. На базі комунального закладу «Обласний перинатальний центр» Рівненської обласної ради за період з 2013р. по 2018р. прооперовано 356 вагітних з ПХХЗВ C2s-C4s,Er,As,p.Pr (CE-AP, 2002). Всім оперованим вагітним виконано дуплексне сканування вен з картографуванням патологічних зон (рефлюкси, варикозні конгломерати).

Результати дослідження та їх обговорення. Оперативні втручання виконували тільки при згоді вагітних, при відсутності протипоказів до оперативного втручання як з боку соматичного, так і акушерського статусів в умовах акушерського стаціонару. Всі оперативні втручання виконувались без премедикації, використовували для знеболення тумесцентну анестезію і хірургічну методику по типу СНІВА при низхідному розвитку ПХХЗВ, а при висхідному - поєднання методик СНІВА і ASVAL. Показами до планового оперативного втручання: у 246 вагітних (69,10 %) – наростання явищ хронічної венозної недостатності нижніх кінцівок, зовнішніх статевих органів, промежини, не дивлячись на проведену консервативну терапію; у 84 пацієнток (23,60 %) з ціллю підготовки пологових шляхів до природних пологів при варикозному розширенні вен зовнішніх статевих органів та промежини, для зменшення ризиків кровотеч при можливому розриві варикозних вузлів та звужуючи покази до хірургічних пологів; у 26 хворих (7,30 %) за їх побажанням зменшення косметичних проблем, які обумовлені варикозним розширенням вен зовнішніх статевих органів і/або на відкритих частинах нижніх кінцівок.

Висновки. Основними показами до планового оперативного втручання є: відсутність позитивного результату від консервативної терапії ПХХЗВ нижніх кінцівок, промежини, зовнішніх статевих органів та пахвинного каналу, при прогресуванні клінічних проявів захворювання; косметичні дефіцити зовнішніх статевих органів та на відкритих частинах нижніх кінцівок; підготовка пологового шляху для безпечного проведення пологів природнім шляхом. Операційне втручання проведене в плановому порядку у спеціалізованому акушерському закладі по строго індивідуальних показах з врахуванням стану вагітної, плоду, венозної гемодинаміки є у 100 % безпечним як для матері, так і плоду за даними об'єктивного обстеження.

Ключові слова: вагітність, варикоз, операційне лікування.

Вступ. Гестаційний дебют хронічного захворювання вен (ХЗВ) нижніх кінцівок промежини, зовнішніх статевих органів спостерігається у 32-80 % вагітних; частіше у жінок, які вагітніють з короткими інтервалами між вагітностями. Дана патологія становить 5,6 % з усієї екстрагенітальної патології під час вагітності [2, 9, 10]. Однією із причини виникнення і прогресування ХЗВ під час вагітності є послаблюючий ефект прогестерону на гладкі м'язи, що сприяє розширенню вен та нижніх кінцівок через механізм варикозної трансформації вен, особливо на фоні вродженого або індукованого дефекту в будові венозної стінки, її клапанного апарату [11, 13, 14, 16]. Інший провокуючий фактор пов'язаний з наростанням загальної гіперволемії у вагітних, паралельно росте кровопостачання вагітної матки починаючи вже з 20-22 тижня вагітності, що викликає фізіологічний венозний застої у внутрішніх клубових та венах нижніх кінцівок із наростанням венозної гіпертензії, сповільненням кровотоку в них протягом всієї вагітності, що веде до розширення стінок вен у системі вищеперерахованих венозних басейнів з неспроможністю венозного клапанного апарату з виникненням рефлюксу [7, 12, 15, 17].

Обґрунтування дослідження. Згідно зі світовими стандартами в Україні основним направленням лікування ХЗВ під час вагітності є консервативна терапія, що включає системну фармакотерапію і/або в поєднанні за показами з місцевою (топічною) терапією в комплексі з компресійною терапією. Флеботропні препарати, як підтвердили наукові дослідження, не діють ні на варикозні вени, ні на профілактику їх виникнення [1, 4, 5]. Позитивні результати від застосування флеботропних препаратів відмічено лише у 54-76 % пацієнток [19]. Переважна більшість як хірургів, так і акушерів-гінекологів є противниками операцій у плановому порядку на венозній системі нижніх кінцівок, тип паче промежини, зовнішніх статевих органів під час вагітності. Проте згідно з Українським Консенсусом з лікування пацієнтів з варикозною хворобою нижніх кінцівок від 2005 року відмічено, що прогресуючий характер патології на певній стадії її розвитку є абсолютним показом до оперативного лікування варикозної хвороби [8].

Відносно хірургічного лікування варикозного розширення вен нижніх кінцівок у вагітних, в останні роки зустрічаються лишень окремі праці [3, 6, 7]. У більшості випадків використовуються оперативні методики направлені на покращення венозної гемодинаміки – варіант гемодинамічної корекції порушень венозного кровотоку за методикою СНІВА, мінімізація операційної травми з видалення варикозно розширених притоків ВПВ і/або МПВ методом мініфлебектомії по Мюллеру, кросектомією, від адекват-

ності виконання якої в більшості випадків залежить ризик розвитку істинного рецидиву захворювання.

Вивчивши і проаналізувавши літературні дані вітчизняних і закордонних дослідників, які займалися лікуванням вагітних з ХЗВ, відмічено, що не вирішеним є питання показів до планового хірургічного лікування вагітних з ХЗВ при неефективному консервативному їх лікуванні, не відображено підготовку природнього шляху до пологів при варикозному розширенні вен зовнішніх статевих органів і промежини з ціллю зменшення ризиків кровотеч із травмованих варикозних вузлів у цих ділянках та частоти хірургічних пологів. Не вирішеним є питанням лікування вагітних з прогресуючим ХЗВ при косметичних дефектах на видимих частинах нижніх кінцівок та зовнішніх статевих органах. Мало вивчені результати і не має однозначної оцінки безпечності планового хірургічного лікування ПСХЗВ під час вагітності як для вагітної, так і плоду, особливо при короткотерміновому перебування (по термінології IAAS) в акушерському стаціонарі.

Мета дослідження. Розробити і впровадити строго індивідуальні покази до безпечного як для матері, так і для дитини, планового хірургічного лікування вагітних з ПСХЗВ в умовах короткотермінового перебування в акушерському стаціонарі.

Матеріали і методи. На базі КЗ «Обласний перинатальний центр» Рівненської обласної ради з 2013 р. по 2018 р. обстежено 17504 вагітних. Венозну патологію C_{2s}-C_{4s}, E_p, A_s, p, P_r (за класифікацією CEAP, 2002р.) виявлено у 895 пацієнток (5,11 %). Першовагітних було 230 (23,12 %), повторно вагітних – 765 (76,88 %). Венозну гемодинаміку нижніх кінцівок (поверхневої і глибокої венозної системи, клубових вен) вивчали шляхом дуплексного сканування апаратом Lanwind Mirror 11 (Італія) з лінійним датчиком частотою 8-10 MHz згідно з розробленим нами протоколом, з обов'язковим проведенням проби Вальсальви в положенні лежачи і стоячи з відміткою дати дослідження.

Результати дослідження. Серед 895 вагітних з ХЗВ дуплексне сканування виявило: у 500 (55,86 %) варикозне розширення вен в басейні сафенових вен (великої і/або малої підшкірних вен); у 90 (10,05 %) вагітних – варикозне розширення вен у несафеновому басейні (варикозне розширення вен пахового каналу, промежини); у 305 (34,07 %) пацієнток – поєднання варикозного розширення вен у басейні сафенових і несафенових вен.

У 196 (21,80 %) вагітних при першій вагітності ПСХЗВ було виявлено у 100 % тільки в басейні сафенових вен, тоді як у 699 (78,10 %) при повторних вагітностях ця патологія була виявлена: у басейні сафенових вен – у 294 (42,06 %) пацієнток, у басейні несафенових вен – в 90 (12,88 %) обстежених і поєднанні форми ПХЗВ (сафенових і несафенових вен) діагностовано у 305 (43,63 %) пацієнток. З 895 вагітних із ПХЗВ у 785 (87,70 %) відмічено прогресування захворювання з перших тижнів вагітності.

Основними проявами ППХЗВ були симптоми наростання хронічної венозної недостатності: набряки м'яких тканин нижніх кінцівок, промежини та зовнішніх статевих органів (785 (100 %) пацієнток; важкість у нижніх кінцівках, промежині (202 (25,73 %)); парестезії в ділянці стегон, гомілок і стоп (274 (34,90 %)); судоми в м'язах гомілки і/або стоп (115 (14,64 %)); свербіж шкірних покривів по ходу варикозно розширених вен нижніх кінцівок, промежини, зовнішніх статевих органів (278 (35,40 %)). У 61,20 % вагітних відмічено наростання діаметру варикозного розширення вен, поширення їх по довжині кінцівки, формування варикозних конгломератів, що вело до деформації зовнішніх статевих органів. Усі вагітні відмітили зниження фізичної і соціальної активності, якості життя з наростання психоемоційних проблем різного ступеня.

Отримували консервативну терапію 80,0 % вагітних з ППХЗВ з перших проявів захворювання в об'ємі, що залежав від триместру вагітності та переносимості, корект-

ного дисциплінованого виконання рекомендованого лікування, 20,0 % вагітних утримувались з тих чи інших причин від нього. Лікування проводили в амбулаторних умовах під контролем лікаря акушера-гінеколога та судинного хірурга. При наявності клінічних проявів ПХЗВ в I триместрі рекомендували користуватись тільки компресійним трикотажем (клас компресії 2), дотримуючись фізичного режиму. З II триместру вагітності рекомендували приймати флеботропні препарати загального вживання і/або місцево, тільки в разі крайньої потреби, в поєднанні з компресійним трикотажем.

Обговорення результатів. За результатами проведення консервативної терапії вагітним з ППХЗВ нижніх кінцівок, промежини, зовнішніх статевих органів пахвинного каналу виділено 4 групи вагітних: перша – 256 (33,76 %) вагітних, у яких отримано позитивний та тривалий результат від консервативної терапії; друга – 395 (50,32 %), у яких консервативна терапія була не ефективна; третя – 112 (14,27%), у яких результат від лікування був сумнівним і короткотривалим; четверта – 22 (2,80 %), яка не приймала лікування.

529 вагітним (67,38 %) пацієнткам з ППХЗВ, які не отримали позитивного результату або він був короткотерміновим, сумнівним від консервативної терапії, та тим, які не лікувались з тих чи інших міркувань, а також 26 (2,91 %) пацієнткам з косметичними дефектами запропоновано подальше хірургічне лікування даної патології. Серед пацієнток з первинним хронічним захворюванням вен дали згоду на оперативне втручання 356 (39,78 %) обстежених.

Показами до планового оперативного втручання з причини ППХЗВ під час вагітності було: прогресування клінічних проявів захворювання, не дивлячись на проведену консервативну терапію; виражене погіршення якості життя і соціальної активності, косметичні проблеми; з ціллю активної профілактики геморагічних, тромбофлебітичних та тромбемболічних ускладнень і зменшення частоти хірургічних пологів.

Критерії виключення: з боку судинного хірурга: виражений аорто-кавальний і/або синдрому нижньої порожнистої вени, які наростали, не дивлячись на перебування пацієнток в позі на лівому боці у 15 градусів, виражена психоемоційна неврівноваженість; з боку акушера-гінеколога: важка форма пре- або еклампсії, тромбофілії, виражена фетоплацентарна недостатність, загроза передчасних пологів.

Оперативні втручання виконували тільки в спеціалізовану акушерському закладі, що є визначальним у оцінці стану матері і плоду, як до втручання, а в разі потреби виконували підготовку матері до оперативного втручання. Оптимальним терміном вагітності для виконання оперативного втручання є 30-32 тижні, коли максимально коректна можливість проконтролювати стан плоду, стан матері в динаміці.

У 356 вагітних виконано 375 операційних втручань: 238 (66,85 %) в II триместрі вагітності і у 118 (33,15 %) пацієнток в III триместрі. 295 (88,06 %) вагітним оперативні втручання виконані на одній кінцівці, а у 80 (23,88 %) випадках на двох кінцівках, 56 (70,0 %) вагітним одночасно, а у 25 (30,0 %) випадків через день. Всі оперативні втручання виконувались в плановому порядку без премедикації з використанням для знеболення тивесцентної анестезії та хірургічної методики по типу CHIVA при низхідному розвитку ПСХЗВ, а при висхідному – поєднання CHIVA і ASVAL.

Оцінку результатів хірургічного лікування проводили через 24 годин після операції. Критеріями оцінки були: набряки м'яких тканин, біль по ходу вен, судоми в м'язах оперованих кінцівках, зовнішній вигляд кінцівки. Біль в післяопераційних ранах не турбував уже через 24-48 годин після операції. У всіх оперованих пацієнток відмічено стійке зменшення набряків м'яких тканин гомілок, при збереженні у 71,0 % осіб незначного набряку в ділянці тилу

стоп. Варикозні конгломерати в ділянці зовнішніх статевих органів, промежини сталися у всіх оперованих, не збільшувались при потугах. Через 2 тижні виконувалось контрольне дуплексне сканування оперованої кінцівки. Відмічено, що рефлюкси, які були виявлені до оперативного втручання, через стегново-підшкірне, підколінно-підшкірне співустя, перфорантні вени відсутні, нових не виявлено, стовбури великої і/або малої підшкірних вен і їх вітки, що залишилися, помірного наповнення, у підшкірній клітковині гомілок і стоп відсутні або незначні ознаки набряку м'яких тканин. По суб'єктивній оцінці свого стану оперовані вагітні відмітили у 96% покращення свого як загального, так і локального статусу.

Оцінивши отримані дані у 356 оперованих вагітних, виписано із стаціонару 294 (82,60 %) вагітних через 24 години після операційного втручання з рекомендаціями під нагляд акушера-гінеколога. Залишались в стаціонарі до пологів 62 (17,40 %) вагітних, оперованих наприкінці III триместру. У 11 (3,28 %) пацієнток в післяопераційному періоді відмічені ускладнення: у 6 (1,79 %) пацієнток з боку післяопераційних ран у вигляді сером, які були ліквідовані, та у 5 (1,49 %) – тромбофлебіт ізольованих гілок великої підшкірної вени на гомілці, що не потребувало додаткового лікування, не обмежувало фізичну активність пацієнток. Усі ускладнення були ліквідовані до пологів.

Висновки. Одними із основних показів до планового оперативного втручання є: відсутність позитивного результату від консервативної терапії ППХЗВ нижніх кінцівок, промежини, зовнішніх статевих органів та пахвинного каналу при наростанні клінічних проявів захворювання; косметичних дефектів зовнішніх статевих органів та на відкритих частинах нижніх кінцівок; підготовка пологового шляху для безпечного проведення пологів природнім шляхом. Операційне втручання, проведене в плановому порядку у спеціалізованому акушерському закладі по строго індивідуальних показах з урахуванням стану вагітної, плоду, венозної гемодинаміки, є у 100 % безпечним як для матері, так і плоду за даними об'єктивного обстеження.

References:

1. Beniuk V.O., Medved V.I., Nykoniuk T.R., Koval S.D. Profilaktyka uskladnen varykoznoi khvoroby u porodilei. *Zdorove zhenshchynu*. 2010; 8(54): 84 - 87.
2. Budanov P.V., Lebedev V.A. Osobennosti profilaktiki i lecheniia varikoznoi bolezni ven u beremennykh. *Trudnyi patsient*. 2008. P. 28 - 31.
3. Vorobev V.V., Abashin V.G., Butilo II, Petrov V.V. Khirurgicheskoe lechenie varikoznoi bolezni u beremennykh. *Mat.11 sezda ambulatornykh khirurgov RF. Ambulatornaia khirurgiia*. 2009; 3-4: 35 - 36.
4. Medved V.I., Beniuk V.A., Koval S.D. Venoznye oslozhneniia u beremennykh. *Meditcinskie aspekty zdorovia zhenshchiny*. 2010; 7(35): 29 - 33.
5. Medved V.I., Danylkiiv O.O. Topichna terapiia varykoznoi khvoroby ta khronichnoi venoznoi nedostatnosti u vahitnykh. *Reproduktyvnoe zdorove zhenshchynu*. 2007; 5: 62 - 64.
6. Novikov K.V. Khirurgicheskoe lechenie varikoznoi bolezni ven nizhnikh konechnostei u beremennykh. *Ambulatornaia khirurgiia*. 2001; 2(2): 37 - 38.
7. Novikov K.V., Vorobev V.V., Abashin V.G. Khirurgicheskoe lechenie varikoznoi bolezni u beremennykh. *Materialy III sezda ambulatornykh khirurgov RF. Ambulatorna khirurgiia*. 2009; 3-4 (35-36): 135 - 136.
8. Ukrainskyi Konsensus z likuvannia patsientiv z varykoznoiu khvoroboiu nyzhnikh kintsivok. Kyiv. 2005. P. 19.
9. Shekhtman M.M. *Rukovodstvo po ekstragenitalnoi patologii u beremennykh*. – М.: Triada-Kh. 2003. P. 816.
10. Delaney A.G. Anesthesia in the pregnancy woman. *Clin, obsstet. Gynecology*. 1983. P. 246-248.
11. Jawien A. The Influence of Environmental Factors in Chronic Venous Insufficiency. *Angiology*. 2003; 54(1):19 - 31.

12. Oguzkurt L. Ultrasonographic anatomy of the lower extremity superficial veins. *Diagn Interv Radiol*. 2012; 18(4): 423 -430.
13. Pappas P., Duran W., Hobson R. Pathology and cellular physiology of chronic venous insufficiency. *Handbook of venous disorders. Guidelines of American Venous Forum*. London-New York-New-Deli Arnold. 2001. P. 58 - 67.
14. Pistorius M. Chronic Venous Insufficiency. *The Genetic Influence. Angiology*. 2003; 54(1): 5 - 12.
15. Porto L. Connective tissue accumulation in the muscle layer in normal and varicose saphenous veins. *Angiology*. 1995; 46(3): 243 - 249.
16. Sansilvestri-Morel P. Chronic venous insufficiency; Dysregulation of Collagen Synthesis. *Angiology*. 2003; 54(1): 13 - 18.
17. Stucker M. The hystomorphologic changes at the saphenofemoral junction in varicosis of the greater saphenous vein. *Vasa*. 2000; 29(1): 41 - 46.
18. Vanscheidt W., Heidrich H., Junger M., Rabe E. Guidelines for testing drugs for chronic venous insufficiency. *VASA*. 2000; 29: 274 - 278.

УДК 618.2:618.1-089:616.14

ПОКАЗАНИЯ К ПЛАНОВОМУ ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПЕРВИЧНОГО СИМПТОМНОГО ХРОНИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ, НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ, ПРОМЕЖНОСТИ У БЕРЕМЕННЫХ

Антонюк-Кисиль В.М.¹, Дзюбановський І.Я.², Еникеева В.М.³, Личнер С.І.³, Липний В.М.³

¹Коммунальное учреждение «Областной перинатальный центр» Ровенского областного совета, г. Ровно, Украина,

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-003-4080-3775>, e-mail: kisil2016@ukr.net

²Тернопольский медицинский университет им. И.Я. Горбачевского МОЗ Украины, кафедра хирургии научно-учебного института факультета последипломного образования, г. Тернополь, Украина,

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-8852-3938>,

³ТЗОВ «Локе», г. Ровно, Украина

Резюме. Цель. Разработать и внедрить строго индивидуальные показания к безопасному как для матери, так и ребенка, плановому хирургическому лечению беременных с первичным симптомным хроническим заболеванием вен (ПСХЗВ) в условиях краткосрочного пребывания в акушерском стационаре.

Материалы и методы исследования. На базе КЗ «Областной перинатальный центр» Ровенского областного совета за период с 2013р. по 2018р. прооперировано 356 беременных с ПСХЗВ C2S-C4s, EP, As, p.Pr (CEAP, 2002). Всем оперированным беременным выполнено дуплексное сканирование вен с картографированием патологических зон (рефлюксы, варикозные конгломераты), оценка биофизического профиля плода (БПП), кардиотокографию (КТГ), изучение свертывающей системы крови, кровотоков в маточных, пуповинной, средне-мозговой артериях как до, так и после операции.

Результаты исследования и их обсуждение. Оперативные вмешательства выполнялись только при согласии беременных, при отсутствии противопоказаний к оперативному вмешательству как со стороны соматического, так и акушерского статуса в условиях акушерского стацио-

нара. Все оперативные вмешательства выполнялись без премедикации, использовали для обезболивания тумесцентную анестезию и хирургическую методику по типу CHIVA при нисходящем развитии ПСХЗВ, а при восходящем – сочетание методик CHIVA и ASVAL. Показаниями к плановому оперативному вмешательству: в 246 беременных (69.1%) – нарастание явлений хронической венозной недостаточности нижних конечностей, наружных половых органов, промежности, несмотря на проводимую консервативную терапию; в 84 пациенток (23.6%) – с целью подготовки родовых путей к естественным родам при варикозном расширении вен наружных половых органов и промежности, для уменьшения рисков кровотечений при возможном разрыве варикозных узлов и сужая показания к хирургическим родам; у 26 больных (7.3%) – за их желанием уменьшения косметических проблем, которые обусловлены варикозным расширением вен наружных половых органов и / или на открытых частях нижних конечностей.

Выводы. Основными показаниями к плановому оперативному вмешательству являются: отсутствие положительного результата от консервативной терапии ППХЗВ нижних конечностей, промежности, наружных половых органов и пахового канала, при прогрессировании клинических проявлений заболевания; косметические дефициты наружных половых органов и на открытых частях нижних конечностей; подготовка родильного пути для безопасного проведения родов естественным путем. Операционное вмешательство проведено в плановом порядке в специализированном акушерском заведении по строго индивидуальным показаниям с учетом состояния беременной, плода, венозной гемодинамики у 100 % безопасным как для матери, так и плода по данным объективного обследования.

Ключевые слова: беременность, варикоз, операционное лечение.

UDC 618.2:618.1-089:616.14

INDICATIONS TO PLANNED SURGICAL TREATMENT OF PRIMARY SYMPTOMATIC CHRONIC DISEASE OF THE LOWER EXTREMITIES VEINS, THE EXTERNAL GENITALIA, THE PERINEUM IN PREGNANT WOMEN

V.M. Antonyuk-Kysil¹, I.Ya. Dziubanovskiy², V.M. Yelnikeeva³, S.I. Lichner³, V.M. Lypnyi³

¹*Public Facility “Regional Perinatal Center” of Rivne Regional Council, Rivne, Ukraine, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-003-4080-3775>, e-mail: kisil2016@ukr.net,*

²*I.Ya. Horbachevsky Ternopil State Medical University Ministry of Health of Ukraine, Department of Surgery, Scientific-Educational Institute of the Faculty after graduation, Ternopil, Ukraine, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-8852-3938>,*

³*“LOKE” LLC, Rivne, Ukraine*

Abstract. Purpose. To develop and implement strictly individualized indications for safe, both for mother and child, planned surgical treatment of pregnant women with primary symptomatic chronic vein disease (PSCVD) in a short-term stay in an obstetric hospital.

Materials and methods of study. On the basis of the PF "Regional Perinatal Center" of Rivne Regional Council for the period from 2013-2018, 256 pregnant women with PSCVD C2s-C4s, Ep, As, p.Pr (CEAP, 2002) were operated. All operated pregnant women were performed duplex scans of veins with cartography of pathological zones (refluxes, varicose conglomerates), cardiocography (CTG), fetometry (FM), both before and after surgery.

Results of the study and their discussion. The surgical interventions were performed only with the consent of the pregnant women, in case of any contraindications to surgical intervention, both from the somatic and obstetric statuses in the conditions of the obstetrical in-patient department. All surgical interventions were carried out without premedication. In 100% of pregnant women during surgery, in the postoperative period violations of the somatic status, uterine tone in pregnant women, the heartbeat of the fetus (data of CTG, FM) have not been recorded. Indications for planned surgical intervention: in 246 pregnant women (69,10 %) - an increase in the phenomena of chronic venous insufficiency of the lower extremities, external genital organs, the perineum despite conservative therapy; in 84 patients (23,60 %) for the purpose of preparing maternity paths for natural childbirth with varicose veins of the external genitalia and the perineum, to reduce the risk of bleeding in the event of a possible rupture of varicose nodes and narrowing the indications to surgical delivery; in 26 patients (7,30 %), according to their wishes, the reduction of cosmetic problems caused by varicose veins of the external genital organs and / or the open parts of the lower extremities. According to the subjective evaluation of pregnant women, violations of the quantity and quality of fetal movements have not been noted. In 98% of cases the positive clinical outcome of surgical intervention was recorded. Operated in the II-nd and at the beginning of the III-rd trimesters, 85% were within 24 hours, 10% for 48 hours in the hospital, after that they were discharged under supervision of obstetrician-gynecologist at place of residence, 5% of operated women at the end of the III-rd trimester stayed in the hospital until childbirth.

Conclusions. One of the main indications to planned intervention is the absence of a positive result from the conservative therapy of the PSCVD of the lower extremities, the perineum, the external genitalia and the inguinal canal with the progression of the increase of clinical manifestations of the disease; cosmetic deficiencies of the external genitalia and on the open parts of the lower extremities; preparation of maternal passage for safe delivery by natural way. Operative intervention was carried out in a planned manner in a specialized obstetrical institution according to strictly individualized indications, taking into account the state of a pregnant woman, fetus, venous hemodynamics. It is 100% safe for both the mother and the fetus according to the data of objective investigation.

Keywords: pregnancy, varicose veins, surgical treatment.

Стаття надійшла в редакцію 06.08. 2018 р.