КАФАРОВА ЭЛЬНАРА ГЕРЕЙХАНОВНА

ОПТИМИЗАЦИЯ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ВАРИКОЗНЫМ РАСШИРЕНИЕМ ВЕН НАРУЖНЫХ И ВНУТРЕННИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

3.1.4. Акушерство и гинекология

АВТОРЕФЕРАТ

на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Работа выполнена в Федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования «Дагестанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Научный руководитель:

д.м.н., доцент Омарова Халимат Магомедовна.

Официальные оппоненты:

Бицадзе Виктория Омаровна – доктор медицинских наук, Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет), профессор кафедры акушерства, гинекологии и перинатальной медицины клинического института детского здоровья имени Н.Ф. Филатова;

Озолиня Людмила Анатольевна — доктор медицинских наук, профессор, Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, профессор кафедры акушерства и гинекологии лечебного факультета.

Ведущая организация: Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Защита состоится «»2024 г., в 14 ч. на за	аседании диссертационного
совета 72.1.010.01 при Государственном бюджетном уч	реждении здравоохранения
Московской области «Московский областной научно-и	сследовательский институт
акушерства и гинекологии» Министерства здравоохран	нения Московской области
(101000, Москва, ул. Покровка, д. 22а).	

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке и на сайте (http://moniiag.ru) Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Московской области «Московский областной научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии» Министерства здравоохранения Московской области.

Автореферат разослан «_	»	202 г.
-------------------------	---	--------

Ученый секретарь диссертационного совета доктор медицинских наук, профессор

Н.А. Щукина

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность и степень разработанности темы исследования

Среди экстрагенитальных заболеваний у беременных особое место занимает варикозная болезнь (ВБ), которая во время беременности встречается в 40% наблюдений (Хрыщанович В.Я., Скобелева Н.Я., 2021). Наиболее частая локализация процесса — нижние конечности. В последние годы увеличилась частота атипичных форм ВБ, к которым относят варикозное расширение вен (ВРВ) в области наружных и внутренних половых органов (ПО). Установлено, что в развитии атипичных форм ВРВ большую роль играет замедление кровотока в венах нижних конечностей и ПО во время беременности. Растущая матка сдавливает сосуды соседних органов таза, что может привести к застойному полнокровию сосудов (С.Г Гаврилов, 2020; В.И.Петухов, 2021). Актуальность темы связана с высокой распространенностью ВРВ ПО (6—15% среди женщин репродуктивного возраста, порой достигающей 80%), наличием различных клинических вариантов болезни, прогредиентным течением заболевания с нарастанием клинической симптоматики. Замедление кровотока в ВРВ органов нижних конечностей при функционально измененных стенках сосудов, взаимосвязь между процессами воспаления и тромбообразования, а также снижение фибринолитической активности создают оптимальные условия для тромбообразования (Озолиня Л.А. и соавт., 2020; Бицадзе В.О. и соавт., 2021; А.С. Гришенкова, 2022).

При ВРВ ПО у беременных на ранних стадиях отсутствуют клинические проявления и объективные признаки. В связи с этим заболевание не диагностируется своевременно, беременным не проводится профилактика тромбоэмболических осложнений (ВТЭО), что в дальнейшем может привести к катастрофическим последствиям.

В литературе имеется достаточно информации по диагностике, хирургической и консервативной терапии различных форм ВБ (Безнощенко Г.Б. и соавт., 2016). Однако данные, посвященные проблеме ВРВ ПО у беременных, малочисленны. Не выработана тактика ведения родов в зависимости от выраженности варикозного процесса в ПО, не проводится оценка гемодинамики фетоплацентарного комплекса (ФПК) и ПО, не решен вопрос применения компрессионной терапии при атипичной форме ВРВ ПО. Актуальность проблемы для современного акушерства обосновывает необходимость проведения данной научной работы.

Цель исследования

Изучение влияния варикозного расширения вен половых органов на развитие осложнений беременности, родов, послеродового периода и разработка методов профилактики этих осложнений.

Задачи исследования

- 1. Определить факторы риска развития варикозного расширения вен половых органов у небеременных женщин фертильного возраста.
- 2. Выявить особенности течения беременности, родов и послеродового периода у женщин с варикозным расширением вен половых органов.

- 3. Сравнить параметры тазовой флебогемодинамики у женщин с ВРВ ПО в различные гестационные сроки и в послеродовом периоде.
- 4. Провести оценку гемодинамики плодов и состояния новорожденных при варикозном расширении вен половых органов.
- 5. Разработать алгоритм ведения беременности и профилактика

тромбоэмболических осложнений у беременных при ВРВ ПО

Научная новизна исследования

Впервые в регионе проживания женщин с высоким паритетом рассмотрены вопросы клинической эпидемиологии ВБ, определены факторы риска развития ВРВ ПО.

Впервые создана карта-опросник для оценки клинического состояния беременной с ВРВ ПО и на ее основе уточнены особенности течения беременности, родов и послеродового периода.

Впервые проведена сравнительная оценка гемодинамических параметров вен ПО у женщин с ВРВ ПО в различные гестационные сроки и в послеродовом периоде.

Впервые оценены гемодинамические показатели фетоплацентарного комплекса, состояние плодов и новорожденных от матерей с ВРВ ПО, а также представлена морфогистологическая характеристика плацент.

Усовершенствованы подходы к проведению компрессионной терапии при ВРВ ПО с помощью компрессионного белья 2-й степени компрессии, дополненного латексными подушечками, прилегающими к области наружных половых губ.

Разработан алгоритм ведения беременности и профилактики ВТЭО у женщин с ВРВ наружных и внутренних ПО.

Теоретическая и практическая значимость работы

Полученные данные о факторах риска развития ВРВ наружных и внутренних ПО у женщин фертильного возраста позволят прогнозировать развитие заболевания профилактику. провести своевременную Разработанная картаопросник и оценка гемодинамических параметров вен наружных и внутренних ПО у беременных в различные гестационные сроки и в послеродовом периоде важны для своевременной диагностики и профилактики нарастания заболевания. Применение компрессионного тяжести клинических проявлений трикотажа 2-й степени компрессии, дополненного латексными подушечками, прилегающими к области наружных половых губ, способствует нормализации в малом тазу в 2 раза, позволяет предупредить венозного оттока прогрессирование заболевания и снижает риск развития ВТЭО.

Методология и методы исследования

Методология диссертационного исследования построена на изучении и обобщении литературных данных по проблеме BPB ПО. Объектом исследования явились небеременные женщины фертильного возраста и беременные с BPB

наружных и внутренних ПО. При проведении работы использованы как общие, так и специальные методы исследования. Все пациентки дали информированное согласие на участие в исследовании. Информированное согласие и протокол одобрены локальным независимым этическим комитетом исследования были ДГМУ (протокол №32 от 26.11.2017). Проведен анализ анамнестических данных, особенностей течения беременности и послеродового периода, акушерских и перинатальных исходов. Дана оценка эффективности компрессионной терапии во время беременности и разработан алгоритм ведения беременности и профилактики ВТЭО **BPB** внутренних ПΟ. Полученные наружных И ланные проанализированы с применением стандартных компьютерных программ.

Положения, выносимые на защиту

- 1. позднего репродуктивного периода необходимо отнести к группе универсального риска развития ВРВ наружных и внутренних ПО. К факторам риска развития заболевания у женщин фертильного возраста вне беременности относятся: наследственность, поздний репродуктивный возраст, гиподинамия (длительные статические нагрузки), высокий паритет, ожирение, хронические воспалительные, сердечно-сосудистые и дисгормональные заболевания. Все это вызывает увеличение внутрибрюшного давления, замедление кровотока, застойное полнокровие в венах наружных и внутренних ПО, а генетически детерминированная клапанная недостаточность вен патологическому рефлюксу. Атипичные формы ВБ в 66% наблюдений сочетаются с ВРВ нижних конечностей.
- 2. ВРВ наружных и внутренних ПО является фактором высокого риска развития как гестационных осложнений, так и осложнений ВБ: угрозы преждевременных родов, хронической гипоксии плода, преждевременной отслойки низко расположенной плаценты, гемангиомы влагалища, гипотонического кровотечения, метроэндометрита, тромбофлебита поверхностных вен, глубокого венозного тромбоза и тромбоэмболии легочных артерий.
- 3. Разработанная карта-опросник служит объективным способом клинической диагностики ВРВ ПО, характеризуется высокой степенью надежности и
- чувствительности, а также позволяет провести оценку эффективности лечения и профилактики осложнений при ВРВ ПО.
- 4. По мере увеличения срока беременности наблюдается нарастание клинических и объективных признаков хронической венозной недостаточности (ХВН). При этом диаметры вагинальных вен увеличиваются в 1,7 раза, маточных вен в 2 раза, яичниковых вен в 2—3 раза, что свидетельствует о клапанной недостаточности. В послеродовом периоде диаметр вен уменьшается, но не возвращается к исходным параметрам.
- 5. Показатели маточно-плацентарной и плодовой гемодинамики у беременных с ВРВ наружных и внутренних ПО соответствуют нарушениям кровотока 1А степени, что косвенно подтверждает развитие компенсаторно-приспособительных реакций в плацентах, установленных при морфогистологических исследованиях.

Только у 5% беременных с низкой плацентацией нарушения гемодинамики соответствовали нарушениям 1В степени. Адекватная васкуляризация плаценты позволяет реализоваться компенсаторным реакциям на тканевом уровне, что препятствует формированию задержки роста плода (ЗРП).

6. Компрессионный трикотаж — колготы 2-й степени компрессии, дополненные латексными подушечками, прилегающими к области наружных половых губ, улучшает качество жизни, позволяет значительно снизить выраженность симптомов ВРВ наружных и внутренних ПО и риск развития ВТЭО у беременных и родильниц.

Личный вклад автора в проведенное исследование

направления работы, Автор принимала участие в определении темы и цели и задач, разработке дизайна и плана исследования, в постановке обследовании пациенток, включая сбор анамнеза, физикальный динамическое наблюдение, назначение лечебных мероприятий, родоразрешение. Освоила методы для получения и оценки результатов, выполнила статистическую обработку и описание полученных данных, сформулировала выводы и положения, выносимые на защиту.

Степень достоверности результатов исследования

Достоверность полученных результатов подтверждена количеством пациенток, включенных в исследование, использованием современных методов клинико - лабораторного и инструментального исследования.

Анализ и статистическая обработка цифрового материала проведены с использованием стандартных компьютерных программ. В основу математической обработки материала были положены параметрические методы прикладной математической статистики. Различия распределений считали достоверными при p<0,05 (95% уровень значимости) и p<0,01 (99% уровень значимости).

Апробация диссертации и внедрение результатов работы в практику

В практическую деятельность родильных отделений в республике Дагестан внедрен разработанный алгоритм ведения беременности и профилактики ВТЭО у женщин с ВРВ наружных и внутренних ПО, а также перечень мероприятий по снижению риска развития этих осложнений в период гестации. В учебном процессе полученные данные используются при чтении лекций, проведении практических занятий и семинаров с курсантами ФУВ и клиническими ординаторами ДГМУ. Материалы диссертации доложены на научно-практических конференциях различных уровней. Апробация диссертации проведена на заседании Ученого совета ФГБУ ВО «ДГМУ» МЗ РФ (протокол № 18 от 21.02.2022).

Публикации

По теме диссертации опубликовано 3 печатные работы в изданиях, вошедших в перечень рецензируемых научных журналов и изданий, рекомендованных ВАК Минобрнауки РФ и базу данных SCOPUS.

Структура и объем диссертации

Диссертация написана на русском языке, изложена на 164 страницах машинописного текста, состоит из введения, 5 глав, выводов, практических рекомендаций и списка литературы; иллюстрирована таблицами (21) и рисунками

(22). Библиография включает 148 источников литературы: 92 - на русском и 56 - на английском языках.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ Материал и методы исследования

Для выяснения факторов риска развития ВБ на основе применения эпидемиологических методов (анкетирования) в исследование включено 200 небеременных женщин репродуктивного возраста с ВРВ ПО, составивших 1-ю основную группу; 2-ю группу сравнения составили 50 здоровых женщин без признаков ВБ. Для выяснения особенностей течения гестации, послеродового периода и оценки состояния новорожденных обследованы 100 беременных с ВРВ ПО, составившие 1-ю основную группу; во 2-ю группу сравнения вошли 50 здоровых беременных без признаков ВБ. Дополнительно была создана 2А группа из 38 беременных с ВРВ ПО, получавших компрессионное лечение с ранних сроков беременности.

Критерии включения: верифицированный диагноз акушером-гинекологом в различные сроки беременности, верифицированный диагноз ВРВ ПО сосудистым хирургом по данным УЗДГ и объективного исследования, добровольное информированное согласие женщины на участие в медицинском эксперименте, применение антикоагулянтов и ношение компрессионного трикотажа.

Критерии исключения: наличие экстрагенитальных заболеваний в стадии обострения и тяжелых акушерских осложнений во время беременности, невыполнение требований по вопросам обследования или лечения, развитие побочных явлений, наличие противопоказаний к ношению эластичного белья, отказ от участия в эксперименте.

Клинические методы исследования включали сбор общего и гинекологического анамнеза, общий объективный осмотр и гинекологическое исследование. Для оценки выраженности клинических проявлений ВРВ ПО у обследуемых разработана карта-опросник.

Карта-опросник для оценки выраженности клинических проявлений BPB ПО у обследуемых

Признак	Триместр беременности		
	I	II	III
Пелвалгия			
Боль в промежности			
Отек половых губ			
Болезненность при пальпации			
наружных половых органов			
Дискомфорт внизу живота			
Зуд наружных половых органов			
Диспареуния			

На каждую пациентку была заведена карта-наблюдения, в которую были внесены данные анамнеза, лабораторных, функциональных и гистологических исследований.

Оценку гемодинамических показателей ФПК, верификацию диагноза ВРВ ПО, размера и наличия патологических рефлюксов проводили с помощью УЗДГ с цветовым допплеровским картированием. Состояние новорожденных оценивали по шкале Апгар. Психоневрологический статус исследовали с помощью шкалы NACS. Морфологическое исследование последов включало органометрию, обзорную гистологию с окраской гематоксилином и эозином, предусматривали окраску срезов из центральной зоны отслойки плаценты по Ван Гизону с докраской на эластику, PAS-реакцию и окраску на оранж-красный-голубой (ОКГ).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

При изучении факторов риска развития ВРВ ПО установлено, что заболевание выявлялось при профилактическом осмотре гинеколога, при поступлении в стационар во время последних родов, при консультировании сосудистым хирургом по поводу ВБ нижних конечностей. ВРВ внутренних ПО выявлено у женщин во время беременности при УЗДГ сосудов маточно-плацентарного кровотока (МПК) или в случае назначения данного исследования сосудистым хирургом. Средний возраст пациенток с ВРВ ПО составил 30.5 ± 1.5 года, во 2-й группе — 21.1 ± 0.5 года. С возрастом частота встречаемости ВБ достоверно повышалась, нарастала тяжесть заболевания с распространением на другие органы малого таза. Обследованные небеременные женщины 1-й группы в отличии от 2-й группы имели сочетание среднего роста ($168,4\pm0,2$ см и $162,6\pm0,8$ см соответственно, более высокого p < 0.05) и большей средней массы тела (84,7±0,2кг и 74,7±0,3кг соответственно, p < 0.05). Чаще заболевание наблюдалось у жительниц города (68,0%), особенно при малоактивном образе жизни (59,3%), реже у жительниц сельской местности (32,0%). Наследственный анамнез был отягощен у 46,0% в 1-й группе. У 50% экстрагенитальные обследованных анамнез отягощали заболевания заболевания сердечно-сосудистой воспалительной этиологии И системы: гипертоническая болезнь, ВБ нижних конечностей, тромбофлебиты. Ожирение выявлено у 33,5%, анемия у 62,5%. У женщин с ВРВ ПО наблюдается высокая частота различных гинекологических заболеваний инфекционного генеза (у 72,5% соответственно,p < 0.05): хронический 10% метроэндометрит И сальпингоофорит, осложненный спаечным процессом (14,5%). У 50% женщин 1-й группы в анамнезе отмечались гормональные нарушения (у 90,5% и 18% соответственно, p < 0.05): миома матки, эндометриоз, синдром поликистозных яичников (СПЯ) (у 26.5% в 1-й группе и отсутствовали во 2-й группе, p<0.05), обильные менструальные кровотечения (у 43 и у 12,0% соответственно, p<0.05), менструальный цикл (у 21 и у 2% соответственно, p < 0.05). нерегулярный Установлено, что 71% обследованных в анамнезе были многорожавшими и 29% повторнорожавшими. По данным анамнеза течение беременностей у женщин с ВРВ ПО было отягощено: угрожающим выкидышем 66(33%), начавшимся выкидышем 27(13,5%), самопроизвольным выкидышем 18(9%), угрозой преждевременных родов 40(20%); (p<0.05), преждевременными родами 21(10.5%); (p<0.05), хронической гипоксией плода 17(8.5%), ЗРП 13(6.5%), тромбофлебит вен нижних конечностей у 8(4%) при беременности и у 18(9%) в послеродовом

периоде; (p<0,05). Все показатели были статистически достоверны по отношению к группе сравнения.

При изучении течения беременности у женщин с ВРВ ПО установлено, что возраст обследуемых в 1-й группе в среднем составил 35,5±0,6 года, во 2-й группе — 22±0,3 года. В 1-й группе 65% женщин были позднего репродуктивного возраста, а 35,0% беременных — в возрасте от 22 до 34 лет. В основной группе у беременных была больше масса тела ($86,8\pm0,2$ кг и $76,8\pm0,2$ кг, соответственно) и выше рост $(164\pm0.2 \text{ см и } 160\pm0.2 \text{ см}, \text{ соответственно})$. ВРВ ПО чаще встречалось у жительниц города 75%, особенно когда работа была связана с длительным пребыванием в положении сидя (82%), а среди живущих в сельской местности встречалось реже (25%). Наследственный анамнез был отягощен у 69,0% беременных, у которых близкие родственники страдали ВБ, причем родственники обоего пола у 29%. В анамнезе у беременных 1-й группы часто диагностировались хронические заболевания инфекционного генеза: ОРВИ, грипп, заболевания ЖКТ и мочевыделительной системы (p < 0.05). Среди заболеваний невоспалительного характера преобладали ожирение у 28(28%), анемия у 41%, ВРВ нижних конечностей у 69% и геморрой у 38% обследуемых. Из анамнеза установлена высокая гинекологическая заболеваемость воспалительного характера: у 36% женщин в 1-й и у 2,0% во 2-й группе;(p<0,05); отмечались клинические проявления гормональных нарушений у 88% в 1-й и у 12% во 2-й группе, (р<0,05).

Первородящими были 12% обследованных, 32% — повторнородящими и 56% многорожавшими. Если ВРВ ПО диагностировано во время беременности, то клинические признаки заболевания появились в І триместре у 14%, во ІІ триместре с 25—26-й недель, когда венозное давление в ПО и нижних конечностях заметно увеличивается из-за давления беременной матки (38%). Течение І триместра у беременных с ВРВ ПО было осложнено: угрозой прерывания и ранним токсикозом в 1-й группе у 16(16%), во 2-й группе у 4(8%). У женщин с ВРВ ПО ІІ триместр протекал с большим количеством осложнений (рис.1). При низкой плацентации всегда имелось ВРВ матки и придатков. В группе сравнения у 2(4%) беременных выявлена угроза преждевременных родов и у 2(4%) железодефицитная анемия (ЖДА).



Рисунок 1. Осложнения II триместра беременности у пациенток с BPB ПО.

В III триместре беременности ВРВ ПО диагностировано у 48% и чаще сопровождалось осложнениями при наличии низкой плацентации. У 19(19%) произошли преждевременные роды, из них у 7(7%) из-за неэффективности

сохраняющей терапии и у 12(12%) вследствие преждевременной отслойки низко расположенной плаценты. ЖДА выявлена у 8(8%), тромбофлебит поверхностных и глубоких вен нижних конечностей — у 6(6%) обследуемых.

В III триместре у 24(24%) беременных 1-й группы было выявлено нарушение гемодинамики в ФПК. На фоне дистресса плода появились признаки острой гипоксии и в сроке 35 и 38 недель у 2(2%) беременных плоды погибли антенатально. В последовом периоде у них обнаружены участок имбибиции пуповины кровью и тромб на протяжении 4—8 см. Во 2-й группе в III триместре выявлена ЖДА у 3(6%) беременных. У 7(7%) беременных с ВРВ ПО выявлена гемангиома влагалища, которая во всех наблюдениях была локализована на боковых или задней стенках влагалища. Роды через естественные родовые пути произошли у 58(58%). У 42(42%) завершились операцией кесарева сечения (рис.2).



Рисунок 2. Показания к кесареву сечению у 42% беременных с ВРВ ПО.

В родах у 31(31%) беременной из 1-й группы возникли осложнения, у 27(27%) роды протекали без осложнений (табл.1). У 2(2%) беременных с антенатальной гибелью плодов роды были индуцированные. У беременных из 2-й группы все роды были самопроизвольные, у 1(2%) отмечено преждевременное излитие околоплодных вод.

У родильниц 1-й группы в первые 2 ч выявлены осложнения как после родов, так и после кесарева сечения (табл.2).

Таблица 1 — Осложнения во время родов у обследованных пациенток

Осложнение	1-я (основная)	2-я (сравнения)
	группа(n=100)	группа (n=50)
Преждевременное излитие околоплодных вод	8 (8,0%)*	1 (2,0%)
Острая внутриутробная гипоксия плода	6 (6,0%)*	_
Первичная слабость родовых сил	7 (7,0%)*	_
Вторичная слабость родовых сил	4 (4,0%)*	_
Слабость потуг	6 (6,0%)*	_

^{*} p < 0.05(достоверность различий при сравнении показателей в 1-й и 2-й группах)

Таблица 2 — Осложнения раннего послеродового и послеоперационного периода у обследованных пациенток

Осложнение	1-я (основная)	2-я (сравнения)
Осложнение	` ,	` • ′
	группа (n=100)	группа (n=50)
Гипотоническое кровотечение	23 (23,0%)*	1 (2,0%)
Гематома влагалища	4 (4,0%)*	
Гематома забрюшинная	4 (4,0%)*	_
Экстирпация матки	12 (12%)*	_
Ампутация матки с придатками	7 (7,6%)*	_
ТЭЛА- немассивная	1 (1,0%)*	
Тромбофлебит поверхностных вен	5 (5,0%)*	
нижних конечностей		
Тромбоз тазовых вен	2 (2,0%)*	
Субинволюция матки	11 (11%)*	2 (4,0%)
Эндометрит	7 (7,0%)*	_

^{*}p < 0.05 (достоверность различий при сравнении показателей в 1-й и 2-й группах)

Послеродовая кровопотеря составила в среднем у родильниц с ВРВ ПО $386,6\pm0,14$ мл, что значительно превышало аналогичные показатели у женщин 2-й группы (155,0±0,45; p<0,05). Кровопотеря во время кесарева сечения достигла $1494,4\pm0,16$ мл. Частым послеродовым осложнением было гипотоническое кровотечение (23,3%), что превышало аналогичные показатели у 2-й группы (2,0%). В связи с кровопотерей, достигшей 1200,0мл и продолжающейся, отсутствием эффекта от проводимой терапии объем вмешательства расширен до экстирпации матки у 12(12%) пациенток, у которых была преждевременная отслойка низко расположенной плаценты. Ампутация матки выполнена у 7(7%) родильниц при гипо- и атонических кровотечениях. У 6(6%) из них была миома матки. Во всех случаях, потребовавших расширения объема операции (19%), было диагностировано ВРВ матки и придатков. При ведении родов у женщин с ВРВ наружных ПО в связи с опасностью травматизации варикозно расширенных вен и риска кровотечения разрезы промежности выполняли по строгим показаниям.

У 18% женщин во время родов произошло травмирование BPB, которое привело к патологической кровопотере. У 4(4%) рожениц с BPB влагалища развилась забрюшинная гематома. При этом произошел разрыв сосудов без повреждения наружной поверхности стенки влагалища и образовалась гематома. Перед родами этим беременным было предложено родоразрешение путем кесарева сечения, от которого они категорически отказались. В послеродовом периоде у 7(7%) родильниц с BPB ПО развился тромбофлебит поверхностных вен и у 1(1%) немассивная ТЭЛА.

Для оценки клинических проявлений ВБ ПО нами была составлена анкетаопросник куда были занесены наиболее часто встречающие жалобы у пациенток с ВРВ ПО: боль в промежности, пелвалгия, отек половых губ, болезненность при пальпации ПО, дискомфорт внизу живота, диспареуния, и зуд наружных ПО. В начале беременности признаки ХВН были выражены у 24%

беременных, которые отмечали боли внизу живота, и у 26% с болями в промежности. Во ІІ и ІІІ триместрах тяжесть ХВН нарастала, и выраженность симптоматики увеличивалась почти в 3 раза от изначального (рис.3).

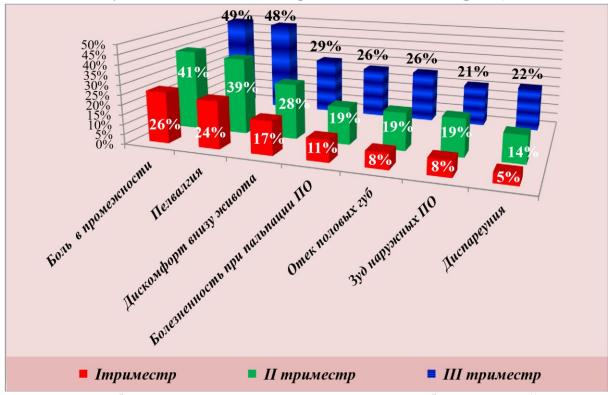


Рисунок 3. Жалобы и клинические проявления при ВРВ ПО у беременных 1-й группы.



Рисунок 4. Пациентка **A**. с ВРВ наружных половых органов в первом периоде родов (**a**) и на 5-й день послеродового периода (**б**)

По мере прогрессирования беременности установлено увеличение диаметра вен ПО. Помимо увеличения размеров варикозного узла к III триместру определялось некоторое уплотнение его. Часто на половых губах определялись конгломераты варикозных узлов (рис.4). В послеродовом периоде к концу 1-й недели варикозный узел уменьшался почти на 1,0—1,5см и уменьшалась периваскулярная отечность.

По мере увеличения срока беременности увеличивался диаметр всех вен ПО (табл. 3—5). У женщин 2-й группы диаметры вен соответствовали норме, хотя наблюдалось некоторое их увеличение к концу беременности.

Таблица 3 — Оценка диаметра вен наружных ΠO во время беременности и в послеродовом периоде у пациенток с BPB (n=60)

	Диаметр, мм					
Вена	I триместр II триместр III триместр 6 день после родо					
V. pudenda interna	5,0±0,1	6,0±0,2	10,1±0,2	7,0±0,2		
V. bulbus vestibuli	4,0±0,2	5,0±0,1	7,0±0,1	6,0±0,1		
V. clitoridis	3,0±0,1	4,0±0,1	6,0±0,2	4,0±0,2		

Таблица 4 — Оценка диаметра вен наружных ΠO во время беременности и в послеродовом периоде в группе сравнения (n=30)

	Диаметр, мм						
Вена	І триместр	I триместр II триместр 6 день после родов					
V. pudenda interna	4,0±0,1 5,0±0,2 7,0±0,2 5,0±0,2						
V. bulbus vestibuli	3,0±0,2	4,0±0,1	5,0±0,1	4,0±0,1			
V. clitoridis	3,0±0,1	3,0±0,1	4,0±0,2	3,0±0,2			

Таблица 5 — Средний диаметр вагинальных вен (vv. vaginales) у обследованных пациенток (мм)

Период исследования	1-я группа(<i>n</i> =60)	2-я группа (<i>n</i> =30)
I триместр	3,3±0,8*	2,0±0,2
II триместр	4,0±0,1*	2,4±0,1
III триместр	6,0±0,3*	3,6±0,4
Послеродовый период	5,4±0,3*	3,3±0,7

*p<0,05 (достоверность различий при сравнении показателей в 1-й и 2-й группах пациенток).

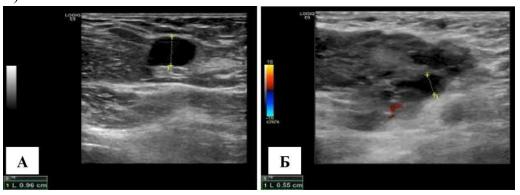


Рисунок 5. Ультразвуковое дуплексное сканирование влагалищных вен.

При УЗДГ ВРВ визуализировались в виде неравномерно расширенных извитых «эффект конгломератов, которых определялся В спонтанного эхоконтрастирования», обусловленный турбулентными низкоскоростными потоками крови. После включения режима ЦДК ВРВ представлялись в виде лакун (рис.5). При УЗДГ вен матки и придатков у женщин 1-й группы выявлено значительное их расширение по мере прогрессирования беременности уменьшение в послеродовом периоде (табл. 6 и 7).

Таблица 6 — Средний диаметр вен внутренних ПО во время беременности у пациенток с ВРВ, 1-я группа (n=60)

Диаметр, мм						
Вена	Ітриместр	ІІтриместр	Штриместр	6-й деньпосле родов		
Правая маточная	6,2±0,8	8,6±0,4*	13,4±0,1**	8,4±0,2***		
Левая маточная	6,0±0,1	8,2±0,8*	12,0±0,1**	8,2±0,2***		
Правая яичниковая	4,1±0,9	8,0±0,1*	13,0±0,6**	7,2±0,3***		
Левая яичниковая	4,0±0,1	7,0±0,1*	11,0±0,3**	6,8±0,2***		

^{*}p<0,05 (достоверность различий показателей при сравнении состояния в I и II триместрах). **p<0,05 (достоверность различий показателей при сравнении состояния во II и III триместрах). ***p<0,05 (достоверность различий показателей при сравнении состояния в III триместре и в послеродовом периоде).

Таблица 7. — Средний диаметр вен внутренних ΠO во время беременности у пациенток во 2-й группе (сравнения; n=30)

Диаметр, мм						
Вена	Ітриместр	ІІтриместр	Штриместр	6-й деньпосле родов		
Правая маточная	3,9±0,1	4,2±0,2	4,9±0,1	4,2±0,2		
Левая маточная	3,9±0,1	4,1±0,1	4,7±0,2	4,1±0,1		
Правая яичниковая	3,6±0,1	3,8±0,4	4,1±0,6	4,0±0,3		
Левая яичниковая	3,8±0,2	3,9±0,4	4,1±0,3	4,0±0,2		

В некоторых наблюдениях диаметры вен достигали 13-15 мм. Чаще всего имелось расширение правой яичниковой вены у 39(65%) и реже встречалось изолированное BPB самой матки у 15(25%) женщин.

При УЗДГ маточно-плацентарно-плодового кровотока у беременных 1-й группы в 30—34 нед. установлено нарушение гемодинамики в правой и левой маточных артериях, которые соответствовали нарушениям 1А степени (табл. 8) в отличие от таковых во 2-й группе (p<0,05). В плодово-плацентарном русле в АП и СМА показатели не имели достоверных различий в обеих группах.

Таблица 8 — Средние показатели кровотока в маточно-плацентарно-плодовом русле обследуемых в сроке 30 - 34 нед беременности $(M\pm m)$

Арте	1-я (основная) группа (n=100)			2-я (сравнения) группа (<i>n</i> =50)		
рия	ИР	ПИ	СДО	ИР	ПИ	СДО
ПМА	$0,67\pm0,03$	1,67±0,03	1,97±0,03	$0,47\pm0,01$	$0,75\pm0,05$	1,77±0,03
ЛМА	$0,66\pm0,04$	1,68±0,02	1,88±0,02	$0,49\pm0,01$	$0,78\pm0,02$	1,78±0,02
АΠ	0,67±0,03	0,63±0,01	2,49±0,01	0,68±0,01	$0,65\pm0,05$	2,45±0,05
CMA	$0,88\pm0,05$	1,27±0,03	2,24±0,06	1,65±0,02	1,25±0,05	2,50±0,05

*p<0,05(достоверность различий показателей при сравнении показателей 1-й и 2-й групп). ПМА — правая маточная артерия; ЛМА — левая маточная артерия; АП — артерия пуповины; СМА—средне-мозговая артерия плода; ИР—индекс резистентности; ПИ— пульсационный индекс

Нарушения маточно-плацентарно-плодового кровотока в сроке 38—40 нед выявлено в 1-й группе и не встречалось в группе сравнения (табл.9).

Таблица 9 — Средние показатели кровотока в маточно-плацентарно-плодовом русле обследуемых в сроке 38 - 40 нед беременности $(M\pm m)$

10		1		,	<u> </u>	
Ap-	1-я (основная) группа (n=100)			2-я (сраві	нения) группа	a (n=50)
терия	ИР	ПИ	СДО	ИР	ПИ	СДО
ПМА	0,84±0,02*	1,75±0,05	1,98±0,02	$0,55\pm0,01$	1,34±0,06	1,6±0,03
ЛМА	0,81±0,04*	1,80±0,01	1,99±0,01	$0,56\pm0,01$	1,23±0,07	1,5±0,02
АΠ	0,79±0,01*	1,69±0,01	2,12±0,08	$0,78\pm0,02$	1,69±0,01	2,0±0,02
CMA	2,27±0,03*	1,83±0,02	2,13±0,07	$0,68\pm0,02$	2,19±0,01	2,1±0,02

*p<0,05 (достоверность различий при сравнении показателей 1-й и 2-й групп пациенток)

Установлено наличие корреляции между показателями состояния кровотока в АП в сроке 38—40нед беременности и состоянием новорожденного. При этом ПИ в АП более 95-го процентиля при сохранном диастолическом компоненте (отсутствие критических нарушений ФПК) отмечено у 24(30,2%) беременных с ВРВ ПО. Нулевой конечный-диастолический кровоток в АП при ортоградном кровотоке в венозном протоке отмечен у 2(2%) беременных в 1-й группе (позже произошла антенатальная гибель плода).

У 100 обследуемых 1-й группы родились живыми 98 новорожденных. Из них 19(19,3%) были недоношенными и 79(80,6%) доношенными. У 2(2%) беременных произошла антенатальная гибель плодов в III триместре беременности, у которых при УЗДГ был выявлен нулевой кровоток в АП. В удовлетворительном состоянии с оценкой 8—9 баллов родились 74(75,5%) ребенка; 18(18,3%) — с оценкой по шкале Апгар 6—7 баллов и 6(6,1%) в тяжелом состоянии с оценкой 3—5 баллов. У 24(24,4%) беременных накануне родоразрешения выявлены нарушения плодовоплацентарного кровотока (табл.10).

Таблица 10 — Средние показатели кровотока в маточно-плацентарно-плодовом русле обследуемых в сроке 38—40 нед беременности дети, которых родились в состоянии гипоксии $(M\pm m)$

Ap-	1-я (основная) группа (n=24)			2-я (сравнения) группа (n=50)		
терия	ИР	ПИ	СДО	ИР	ПИ	СДО
ПМА	0,89±0,01*	1,89±0,01	2,1±0,03*	0,56±0,01	1,45±0,05	1,7±0,03
ЛМА	0,88±0,04*	1,83±0,06	2,2±0,02*	$0,55\pm0,01$	1,35±0,05	1,6±0,02
АΠ	0,94±0,02*	2,00±0,01	2,6±0,02*	0,79±0,01	1,68±0,02	2,1±0,02
CMA	2,12±0,02*	2,45±0,05	5,6±0,02*	$0,69\pm0,02$	2,18±0,02	2,0±0,02

*p < 0.05 — достоверность различий при сравнении показателей 1-й и 2-й групп.

У всех 24,4% детей, родившихся в состоянии гипоксии, у данных пациенток в 38—40 нед беременности при УЗИ выявлена патология: маловодие (18,3%), многоводие (13,2%), гиперэхогенная взвесь в околоплодных водах (14,2%). В

группе сравнения состояние детей при рождении оценено по шкале Апгар на 8—9 баллов.

При морфометрическом исследовании в пуповине у 9(17,3%) определялись расширения вен и обнаружены пристеночные тромбы. На поверхности долек плаценты выявлялись сгустки крови в 7(19,4%) случаях, множественные мелкие петрификаты В 9(25%). В плацентах 1-й группы выявлены компенсаторно-приспособительных процессов, так как отмечено возрастание удельного объема симпластических узлов до 3,8±0,2% в отличие от такового во 2й группе $(2,4\pm0,5\%)$; (p<0,05). Плодовая поверхность плацент 1-й группы у 9(25%)была отечной, плаценты в среднем имели большую массу - 688,0±0,2 г, во 2-й группе-597,0 \pm 0,3г, (p<0,05). Определялись персистенция незрелых промежуточных ворсин; ангиоматоз; выраженное полнокровие; очаговая гиперплазия синцитиальных узелков; неравномерно выраженное полнокровие сосудов ворсин; обильные кровоизлияния в интервиллезное пространство, спазм стволовых артерий. Объем интервиллезного пространства увеличился до 33,6±1,4%, за счет обильных кровоизлияний на фоне снижения доли стромы до $26.3\pm1.7\%$ и синцитиотрофобласта до 18,9±1,1% (табл. 11).

Таблица 11 — Объемная плотность (Vv) различных структур компонентов плаценты обеих групп $(M\pm m)$

inadential coefficients					
Показатель	1-я группа плацент	2-я группа плацент			
	(n=36)	(n=16)			
Строма ворсин	26,3±1,7%*	35,4±1,6%			
Синцитиотрофобласт	18,9±1,1%*	25,5±1,5%			
Межворсинчатое пространство	33,6±1,4%*	27,1±1,9%			
Кровеносные сосуды ворсин	18,6± 2,3%*	10,4± 1,5%			
Симпластические узелки	3,8±0,2%	2,4±0,5%			
Фибриноид в строме ворсин	2,0±0,1%*	1,2±0,8%			
Фибриноид вокруг ворсин	3,6±0,39%*	1,6±0,39%			
Псевдоинфаркты ворсин	2,6±0,39%	_			
Петрификаты ворсин	1,9±0,29%	_			

^{*} p<0,05 (достоверность различий показателей по сравнению с показателями 2-й группы).

Обнаружены высокие показатели псевдоинфарктов $(2,6\pm0,39\%)$, петрификаты в ворсинах $(1,9\pm0,29\%)$, фибриноидная дистрофии и промежуточные незрелые ворсины $(2,0\pm0,1\%)$ в отличие от таковой во 2-й группе $(1,2\pm0,8\%)$; (p<0,05). В плаценте 1-й группы чаще выявлялось отложение фибриноидных масс формируя афункциональные зоны ворсинчатого хориона. В 28(77,7%) плацентах в 1-й группе и в 3(18,7%) во 2-й группе в интервиллезном пространстве обнаружены микротромбы, приводящие к сужению просвета или его полной облитерации (p<0,05) (рис.6).

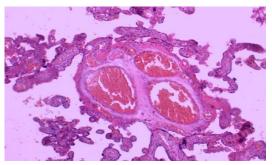


Рисунок 6. Застойное полнокровие и стаз крови в венах с формированием тромбов. Окраска гематоксилином и эозином. Ув.—100.

Увеличено количество капилляров, определяются гипертрофия, гиперплазия и гиперемия в терминальных ворсинах и процессы склерозирования в отличие от плацент 2-й группы.

Традиционно компрессионное лечение используется только при BPB нижних конечностей. Нами рекомендовано ношение колгот 2-й высокой степени компрессии с применением специальных латексных подушечек на промежностную часть колгот, соприкасающуюся с наружными ПО (рис.7).





б

Рисунок 7. Компрессионные колготы 2-й степени компрессии: **a**) колготы и латексная подушечка; **б**) колготы готовые к применению.

Механизм действия изделия заключается в том, что при сдавливании подушечками вен наружных ПО активируется функция мышечно-венозной помпы и отток по глубоким венам таза улучшается в 2—4 раза. В процесс вовлекаются также глубокие вены нижних конечностей, что в итоге приводит к активному возврату крови к сердцу. В табл. 14 представлены результаты опроса обследованных пациенток. Для оценки эффективности компрессионной терапии во время беременности приняли участие 83 беременных с атипичной формой ВБ, которые были разделены на 2 группы: 1А и 2А. Группа 1А - 45 беременных, не получивших компрессионного лечения, так как своевременно не состояли на учете в женской консультации и не проконсультированы сосудистым хирургом. Группа 2А - 38 беременных, получавших компрессионное лечение с ранних сроков беременности. Согласно «Клиническим рекомендациям-Венозные осложнения во время беременности и послеродовом периоде. Акушерская тромбоэмболия -2022-2023-2024 (14.02.2022)» с І триместра беременным 2А группы проводилась оценка факторов риска ВТЭО и при наличии 4-х и более баллов риска развития тромбоза

назначали НМГ и флеботоники. При наличии 3-х баллов риска развития тромбоза НМГ и флеботоники назначали с 28 нед беременности. При наличии 2-х баллов риска развития тромбоза НМГ назначали в послеродовом периоде до полной активации родильницы.

У беременных группы 2А до применения компрессионного белья признаки ХВН были выражены. Однако после применения со ІІ триместра все признаки ХВН уменьшились и не нарастали, кроме зуда кожи НПО и болезненности при пальпации. У пациенток группы 1А признаки ХВН были значительными и к концу беременности приобрели выраженный характер. В III триместре у женщин группы в отличие группы 2А усилились боли в области таза, к концу OT беременности они наблюдались у 28(62,2%) женщин группы 1A (p<0,05). Отек наружных ПО в группе 1А к концу беременности наблюдался у 17(37,7%), а в группе 2A у 6(15,7%) обследуемых (p<0,05). Осложнения во время беременности чаще возникали в группе 1A (p<0,05; табл. 12). У 8(17,7%) беременных группы 1A развился тромбофлебит вен нижних конечностей и у 5(11,1%) тромбофлебит вен наружных ПО. Среди пациенток группы 2А тромбофлебит вен нижних конечностей наблюдался у 1(2,6%) беременной. Симптомы ФПН выявлены у 9(20,0%) беременных группы 1A, 3PП — у 3 (6,6%), что не отмечалось пациенток группы 2А.

Таблица 12 — Результаты опроса с использованием Карты—опросника для оценки выраженности клинических проявлений ВРВ ПО у обследуемых

Признак	Группа 1A (<i>n</i> =45)		=45)	Группа 2A (<i>n</i> =38)		=38)
Триместр	I	II	III	I	II	III
Пелвалгия	13	21*	28*	12	10	9
	(28,8%)	(46,6%)	(62,2%)	(31,5%)	(26,3%)	(23,6%)
Отек половых	8	16*	17*	8	7	6
губ	(17,7%)	(35,5%)	(37,7%)	(21,0%)	(18,4%)	(15,7%)
Болезненность	11*	14*	19*	2	5	8
при	(24,4%)	(31,1%)	(42,2%)	(5,2%)	(13,1%)	(21,0%)
пальпации ПО						
Чувство	18*	26*	30*	12	9	8
тяжести	(40,0%)	(57,7%)	(66,6%)	(31,5%)	(23,6%)	(21,0%)
Зуд половых	9	19*	21*	6	8	10
органов	(20%)	(42,2%)	(46,6%)	(15,7%)	(21,0%)	(26,3%)
Диспареуния	8(17,7%)	14*(31,1)	22*(48,8%)	8(21%)	7(18,4%)	5(13%)

^{*}p < 0.05 (достоверность различий при сравнении показателей пациенток 1A и 2A групп).

Осложнения родов и послеродового периода достоверно чаще встречались в группе $1A\ (p<0,05)$: гипотоническое кровотечение, экстирпация матки и тромбофлебит вен нижних конечностей и таза (табл.14).

Таблица 13 — Осложнения беременности у женщин с ВРВ ПО не применявших (группа 1A) и применявших (группа 2A) компрессионное лечение

Осложнение	Группа 1A (n=45)	Группа 2A (n=38)	
Ранний токсикоз	9 (20,0%)	7 (18,4%)	
Угроза самопроизвольного выкидыша	12 (26,6%)	8 (21,0%)	
Угроза преждевременных родов	16 (35,5%)*	8 (21,0%)	
Анемия	15 (33,3%)*	6 (15,7%)	
Гестационный пиелонефрит	5 (11,1%)*	2 (5,2%)	
Тромбофлебит вен нижних конечностей	8 (17,7%)*	1 (2,6%)	
Тромбофлебит вен половых органов	5 (11,1%)*	_	
Предлежание плаценты	5 (11,1%)*	_	
Хроническая гипоксия плода	9 (20,0%)*	1 (2,6%)	
Задержки роста плода	3 (6,6%)*	_	
Перенашивание беременности	4 (8,8%)*	1 (2,6%)	
Преждевременная отслойка низко	13 (28,8%)*	_	
расположенной плаценты			

^{*}p < 0.05 (достоверность различий при сравнении показателей пациенток 1A и 2A групп)

Таблица 14 — Осложнения родов и послеродового периода у обследованных пациенток

Осложнение	1A группа (n=45)	2A группа (n=38)	
Аномалии родовой деятельности	8(17,7%)*	3(7,8%)	
Гипотоническое кровотечение	14(31,1%)*	5(13,1%)	
Преждевременная отслойка низко	13(28,8%)*	_	
расположенной плаценты			
Гематома влагалища	4(8,8%)*	_	
Тромбоз поверхностных вен нижних	5(11,1%)	5(13,1%)	
конечностей и тромбоз вен таза			
Субинволюция матки	8(17,7%)*	2(5,2%)	
Метроэндометрит	5(11,1%)*	1(2,6%)	

^{*}p<0.05 (достоверность различий при сравнении показателей пациенток 1A и 2A групп)

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

ВРВ наружных и внутренних ПО относят к атипичной форме ВБ. Анатомия вен малого таза у женщин в силу физиологических особенностей, гормональных влияний во время беременности предрасположена к варикозной трансформации, что наблюдается у 6% беременных и в 25% наблюдений сохраняется в послеродовом периоде, прогрессируя при следующих беременностях. Многие аспекты этой проблемы достаточно глубоко освещены исследователями, но что же касается особенностей течения гестации при ВРВ наружных и внутренних ПО, то этот вопрос остался вне поля зрения исследователей.

Изучение факторов риска развития ВРВ ПО у женщин вне беременности позволило установить, что осложнения при этом во многом схожи с аналогичными при ВРВ нижних конечностей [9,21,35]. Нами выявлена зависимость между развитием заболевания и возрастом пациенток: чем старше возраст, тем чаще встречалось ВРВ ПО, т.е. в возрасте от 26 лет и старше у 95% обследованных. Частота заболеваемости ВРВ ПО выше у женщин, ведущих пассивный образ жизни, работа которых связана с длительным сидением, тогда как у женщин, ведущих активный образ жизни, заболеваемость ниже. Наследственный анамнез обследуемых показал высокую заболеваемость ВБ у близких родственников. При этом, чем тяжелее у женщины протекает ВБ, тем частота встречаемости заболевания у близких родственников выше, по сравнению с таковой у пациенток течением. Изучение соматического легким анамнеза превалирование заболеваний воспалительного характера и сердечно-сосудистой системы. Гинекологический анамнез показал высокую частоту хронических инфекционных заболеваний И гормональных нарушений анамнезе обследуемых. При этом 71,5% женщин были многорожавщими, повторнородящих (рожающие второй раз) было 22,0% и первородящих свидетельствует, что развитию к ВРВ наружных и внутренних ПО приводят факторы, способствующие замедлению кровотока, увеличению внутрибрюшного давления, застойному полнокровию в венах ПО, и возникающая при этом клапанная недостаточность вен ног приводит к патологическому рефлюксу. Данный фактор приводит к клапанной недостаточности париетальных притоков подвздошных вен, способствуя развитию атипических форм ВБ.

Изучение течения беременности, родов и послеродового периода у женщин с ВРВ наружных и внутренних ПО показало, что в 65% наблюдений заболевание встречалось у беременных позднего репродуктивного возраста, 75% из них были жительницами города и их работа была связана с длительным пребыванием в положении сидя (82%). Часто у обследуемых был высокий индекс массы тела и в анамнезе преобладали заболевания вен нижних конечностей (69%) и геморрой (38%). В анамнезе у пациенток 1-й группы часто диагностировались экстрагенитальные и гинекологические заболевания инфекционного характера, а также гормональные нарушения: у 88% в 1-й и у 12% во 2-й группе, (p<0.05). При изучении паритета у беременных 1-й группы установлено, что 12% из них были первородящие, 32% повторнородящие и 56% многорожавшие. Беременные с ВРВ наружных и внутренних ПО относятся к группе риска по развитию осложнений гестации и обусловленных ею патологических состояний Клинические проявления ВБ появлялись в І триместре у 14%, во ІІ у 38% и в III у 48% беременных. Течение беременности и родов у женщин с BPB характеризовалось развитием как гестационных осложнений, так и осложнений ВБ: угрозы ПР, преждевременной отслойки низко расположенной плаценты, влагалища, гипотонического кровотечения, метроэндометрита, тромбофлебита и ТЭЛА. У женщин с ВРВ наружных ПО (задней спайки, половых губ, вульвы) и влагалища во время родоразрешения часто возникают разрывы промежности I и II степени. Возникающие при этом разрывы варикозно

расширенных вен приводят к патологической кровопотере, а в некоторых случаях без очевидной травмы возникают забрюшинные гематомы, приводящие к радикальным мерам.

Установлено, что разработанная карта-опросник позволяет выявить клинические признаки и субъективные ощущения у беременных, служит объективным способом клинической диагностики ВРВ ПО, а также помогает провести оценку эффективности лечения и профилактики заболевания.

По мере увеличения срока беременности наблюдается нарастание признаков XBH, а также увеличение диаметра вагинальных вен. В послеродовом периоде на 6-й день отмечено некоторое уменьшение диаметра вен, но возвращения к исходным значениям не наблюдалось ни у одной обследуемой 1-й группы. У беременных 2-й группы также отмечалось увеличение диаметров вен ПО, особенно к III триместру. Возможно, это объясняется компрессией беременной маткой магистральных вен. Но в послеродовом периоде у первородящих диаметр вен возвращался к исходному, чего не наблюдалось у повторнородящих и у многорожавших.

У беременных с ВРВ ПО и низкой плацентацией выявилось нарушения гемодинамики соответствующие 1В степени в артерии пуповины и в СМА плода. У остальных из 1-й группы гемодинамика соответствовала нарушениям кровотока 1А степени, что свидетельствует о компенсаторной реакции сосудистой системы маточно-плацентарного кровотока и кровотока плода, а также об отсутствии тенденции к нарастанию степени тяжести ФПН.

У 100 обследуемых 1-й группы родились живыми 98 новорожденных, у 2 (2%) беременных произошла антенатальная гибель плода. В удовлетворительном состоянии с оценкой 8—9 баллов родились 72(72,0%) новорожденных; 18(18%) 6—7баллов и 6(6,0%) с оценкой состояния 3—5 баллов. Тяжелая гипоксия развилась у детей, родоразрешенных по экстренным показаниям в связи с преждевременной отслойкой низко расположенной плаценты. Это свидетельствует о роли, которую могут сыграть роды в состоянии ребенка у беременной с ВРВ ПО, поскольку на дородовом этапе угрожающих результатов при исследовании плодовой гемодинамики получено не было. Это может явиться основанием для выработки более строгих и адекватных подходов к выбору срока и способа родоразрешения у пациенток с ВРВ ПО.

В результате проведенных морфогистологических исследований нами установлено, что при ВРВ ПО у беременных возникают нарушения микроциркуляции. Наряду с повреждением структуры плаценты компенсаторно-приспособительные реакции в виде увеличения ее массы, числа синцитиальных почек и капилляров в терминальных ворсинах. При этом микроциркуляторного увеличивается площадь русла. Возможно, объясняется увеличение массы плацент у родильниц с ВРВ ПО в отличие от плацент от женщин группы сравнения. Клиническим проявлением хронической плацентарной недостаточности служит ЗРП. По полученным данным, масса новорожденных, даже при низкой оценке состояния по шкале Апгар, была больше, чем средняя масса детей из группы сравнения. Возможно, это объясняется тем,

что в плаценте у родильниц с ВРВ ПО сохранение хорошей васкуляризации способствовало развитию компенсаторной реакции на тканевом уровне, что привело к рождению детей, масса которых соответствовала гестационному сроку. В настоящее время компрессионное лечение использовалось только при ВРВ нижних конечностей. Нами рекомендовано ношение колгот с высокой степенью компрессии с применением специальных латексных подушечек на промежностную часть колгот, соприкасающуюся с наружными ПО. Механизм действия изделия заключается в том, что при сдавливании подушечками вен наружных половых органов активируется функция мышечно-венозной помпы и в 2—4 раза улучшается отток по глубоким венам таза. В процесс вовлекаются глубокие вены нижних конечностей, что в итоге приводит к активному возврату крови к сердцу. Применение компрессионной терапии в несколько раз уменьшает признаки ХВН и, соответственно, снижает частоту развития и тяжесть осложнений гестации. Внешнее давление, создаваемое изделиями, повышает устойчивость мышечного и соединительнотканного каркаса вены патологически повышенному Уменьшение внутрисосудистому давлению. просвета вен И радиуса полуокружностей клапанных валиков сопровождается сближением клапанных створок и устранением или значительным сокращением ретроградного кровотока. В дальнейшем у пациенток, применяющих специальный компрессионный трикотаж, возрастают линейная скорость кровотока и скорость венозного возврата, в результате чего уменьшается патологический объем венозной крови в венозных сплетениях матки, придатков, мочевого пузыря.

отметить, что чем длительнее применяется компрессионный Следует трикотаж, тем менее выражены признаки XBH. Компрессионная терапия является простым, безопасным и эффективным методом профилактики и консервативного лечения ХВН. Применение с ранних сроков беременности медицинских колгот 2й степени компрессии в сочетании с латексными подушечками приводит гемодинамики улучшению вен ПΟ, что благоприятно влияет на функционирование ФПК у беременной с ВРВ ПО.

ВЫВОДЫ

- 1. К факторам ВРВ ПО у небеременных риска развития женщин возраста относятся: наследственность (46,0%),фертильного поздний репродуктивный возраст (72%), высокий паритет (71,5%), ожирение (33,5%), дисгормональные заболевания (47,5%), гиподинамия (59,0%). Все эти факторы приводят к увеличению внутрибрюшного давления, замедлению кровотока, полнокровию В венах ПО возникновению И клапанной недостаточности, что обуславливает патологический рефлюкс крови. Атипичные формы ВБ у 69% женщин сочетаются с ВРВ нижних конечностей.
- 2. К особенностям течения беременности при ВРВ ПО следует отнести манифестацию заболевания в 25—26 нед беременности (48%) и гестационные осложнения: угрозу преждевременных родов (32%), нарушение

маточноплацентарной и плодовой гемодинамики (6,0%), низкую плацентацию (15%). В послеродовом периоде отмечаются гипотонические кровотечения (23%), а гемангиомы влагалища, послеродовые эндометриты и тромбофлебитические осложнения диагностируются у 7% родильниц. Немассивная тромбоэмболия легочной артерии зарегистрирована в 1% наблюдении.

- 3. маточно-плацентарной Показатели И плодовой гемодинамики большинства беременных (95%) с ВРВ ПО соответствуют нарушениям кровотока 1A степени, косвенно подтверждает развитие компенсаторноприспособительных реакций В плацентах, установленных морфогистологических исследованиях. Адекватная васкуляризация позволяет реализоваться компенсаторным реакциям на тканевом уровне, что препятствует формированию ЗРП. У 24% обследуемых дети родились в состоянии легкой и тяжелой гипоксии.
- **4.** Сравнение параметров тазовой флебогемодинамики у женщин с ВРВ ПО в различные гестационные сроки и в послеродовом периоде свидетельствует о превышении диаметров вен наружных и внутренних ПО уже в I и II триместрах беременности. Диаметры вагинальных вен в течение беременности увеличиваются в 1,7 раза, диаметры маточных вен в 2,0 раза, яичниковых вен в 2—3 раза. Наличие рассыпного варианта расширения маточных (38,3%) и яичниковых (63,3%) вен свидетельствует о клапанной недостаточности. В послеродовом периоде возвращения к исходным показателям не отмечено.
- 5.Применение с ранних сроков беременности медицинских колгот 2-й степени компрессии в сочетании с латексными подушечками приводит к улучшению гемодинамики в венах половых органов, уменьшает проявления ХВН, препятствуя развитию тромбоза вен ПО и в 9,8 раза снижая риск тромбоза поверхностных вен нижних конечностей, как во время беременности, так и в послеродовом периоде.
- 6. Разработанный алгоритм ведения беременности, родов и послеродового периода у женщин с ВРВ ПО позволил снизить частоту развития гестационных осложнений в 3 раза и осложнений ВБ в 4 раза.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

- 1. На прегравидарном этапе женщинам позднего репродуктивного возраста, с высоким паритетом, ожирением, у которых выявлялись воспалительные, сердечно-сосудистые и гинекологические заболевания, необходимы консультация флеболога и проведение мер по профилактике варикозной болезни.
- 2.Беременным с ВРВ ПО с I и II триместра необходима консультация сосудистого хирурга и проведение оценки факторов риска ВТЭО. При наличии 4-х и более баллов риска развития тромбоза следует назначить НМГ и флеботоники с I триместра; при 3-х баллах риска с 28 нед и при наличии 2-х баллов назначить в послеродовом периоде до полной активации родильницы. Необходимо трехкратное проведение УЗДГ вен органов малого таза, начиная с 28 недели беременности.

- 3. Беременным с ВРВ ПО с ранних сроков с целью профилактики нарастания тяжести симптомов ХВН необходимо рекомендовать ношение медицинских колгот 2-й степени компрессии. Для усиления лечебного эффекта на промежностной части колгот, прилегающей к области наружных половых губ, следует прикрепить специальные латексные подушечки.
- 4. Для объективизации клинического состояния беременной с ВРВ ПО с целью изучения выраженности симптомов, анализа течения заболевания в различные сроки гестации и сравнительной оценки компрессионного лечения рекомендуется применять карту-опросник.
- 5. Беременным с BPB ПО необходимы оценка состояния фетоплацентарного комплекса методом КТГ и УЗДГ, а также профилактика гипоксии плода в III триместре беременности.
- 6. Беременным с выраженным расширением вен наружных ПО, влагалища и при гемангиоме влагалища с целью предотвращения разрыва вен и значительного кровотечения возможно расширение показаний к оперативному родоразрешению путем кесарева сечения.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

- **1.Герейханова** Э.Г., Омарова Х.М., Ибрагимова Э.С.-А., Магомедова И.Х. Беременность как причина возникновения варикозного расширения вен половых органов // Уральский Медицинский Журнал. 2019. №03(171). С.44 49 (перечень ВАК РФ).
- **2.Герейханова** Э.Г.,Омарова Х.М., Хашаева Т.Х.-М., Ибрагимова Э.С.-А, Магомедова И.Х., Омарова Р.Г. Морфологические исследования плацент родильниц с варикозным расширением вен половых органов // Морфология. 2020.- №3.- С.26-30 (перечень ВАК РФ).
- **3.Герейханова Э.Г.**, Омарова Х.М., Хашаева Т.Х.-М., Ибрагимова Э.С.-А, Магомедова И.Х., Омарова Р.Г. Допплерографическая оценка состояния плода у беременных с варикозным расширением вен половых органов// Проблемы репродукции. 2020. Т.26.- №6.- с.104-107 (перечень ВАК РФ и SCOPUS).

Алгоритм ведения беременности и профилактики тромбоэмболических осложнений у пациенток с ВРВ ПО

Беременные с ВРВ наружных и внутренних ПО

I и II триместр

- 1..Консультация сосудистого хирурга
- 2.УЗДГ вен половых органов и нижних конечностей
- 3.Оценка факторов риска ВТЭО. При наличии 4-х и более баллов риска развития тромбоза назначение НМГ, флеботоников.
- 4. Ношение компрессионного белья с латексными подушечками

III триместр

- 1. Ношение компрессионного белья с латексными подушечками.
- 2.УЗДГ сосудов ПО и маточно-плацентарного кровообращения
- 3.При наличии 3-х и более баллов риска развития тромбоза на сачение НМГ и флеботоников с 28 нед беременности

Роды

- 1. Роды и операция в компрессионном трикотаже на нижних конечностях
- 2.Обезболивание родов, коагулограмма
- 3. Непрерывная кардиотокография плода
- 4.Профилактика кровотечени

Послеродовый период

- 1. Ношение компрессионного белья с латексными подушечками
- 2.УЗДГ вен половых органов
- 3. Консультация сосудистого хирурга
- 4.При наличии 2-х и более баллов риска развития тромбоза назначение НМГ до полной активации родильницы