

На правах рукописи



Кафарова Эльнара Герейхановна

**КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ
ВАРИКОЗНОГО РАСШИРЕНИЯ ВЕН ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ
В РАЗВИТИИ АКУШЕРСКИХ, ПЕРИНАТАЛЬНЫХ
И ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ**

3.1.4. Акушерство и гинекология

Автореферат

диссертации на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Краснодар – 2026

Работа выполнена в федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования «Дагестанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России)

Научный руководитель: доктор медицинских наук, доцент
Омарова Халимат Магомедовна

Официальные оппоненты:

Хизроева Джамиля Хизриевна, 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), кафедра акушерства, гинекологии и перинатальной медицины Клинического института детского здоровья им. Н.Ф. Филатова, профессор кафедры

Юпатов Евгений Юрьевич, доктор медицинских наук, доцент, федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации, кафедра акушерства и гинекологии Казанской государственной медицинской академии, заведующий кафедрой

Ведущая организация: федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Государственный научный центр Российской Федерации – Федеральный медицинский биофизический центр имени А. И. Бурназяна» Федерального медико-биологического агентства России.

Защита состоится «15» сентября 2026 года в 10.00 часов на заседании диссертационного совета 21.2.014.03 при ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России (350063, Краснодар, ул. им. Митрофана Седина, 4, тел. (861)2625018)

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке и на сайте (<http://www.ksma.ru>) ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России

Автореферат разослан «___» _____ 2026 г.

Ученый секретарь
диссертационного совета 21.2.014.03
доктор медицинских наук,
профессор



Карахалис Людмила Юрьевна

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы научного исследования. Среди экстрагенитальных заболеваний у беременных значимое место занимает варикозная болезнь (ВБ), частота которой, по данным литературы, достигает 40 % [Хрыщанович В.Я., Скобелева Н.Я., 2021; Хизроева Д.Х. и соавт., 2023]. Варикозное расширение вен половых органов (ВРВ ПО) является атипичной формой ВБ и характеризуется тенденцией к прогрессированию в период беременности. Актуальность проблемы обусловлена распространенностью ВРВ ПО (6–15 % среди женщин репродуктивного возраста, по данным отдельных исследований – существенно выше), клинической вариабельностью и нарастанием симптоматики по мере увеличения срока гестации. В условиях беременности венозная дилатация может способствовать развитию тазового венозного застоя и нарушению микроциркуляции, что повышает риск акушерских и перинатальных осложнений [Озолиня Л.А. и соавт., 2020; Бицадзе В.О. и соавт., 2021; Грищенкова А.С., 2022]. Несмотря на клиническую значимость проблемы, вопросы влияния венозных нарушений на состояние фетоплацентарного комплекса (ФПК) и исходы беременности остаются недостаточно изученными.

Степень научной разработанности темы. В современной литературе подробно освещены вопросы диагностики и лечения ВБ нижних конечностей, а также данные о патогенезе ВБ и её роли в развитии хронической венозной недостаточности. Ряд исследований посвящён особенностям венозной гемодинамики у беременных и влиянию гормональных факторов на венозную стенку [Безнощенко Г.Б. и соавт., 2016]. Вместе с тем остаются недостаточно изученными изменения маточно-плацентарного кровотока (МПК), гормонального профиля ФПК и морфологические особенности плаценты при ВБ наружных половых органов [Хизроева Д.Х. и соавт., 2023]. Кроме того, недостаточно определена роль модифицированной компрессионной терапии при данной форме ВБ. Это определяет необходимость проведения комплексного исследования, направленного на уточнение клинико-гемодинамических особенностей ВРВ ПО у беременных и разработку подходов к ведению данной категории пациенток.

Цель исследования: определить клинико-патогенетическое значение варикозного расширения вен половых органов у беременных на основании комплексной оценки тазовой венозной гемодинамики, состояния фетоплацентарного комплекса и акушерских исходов, а также оценить клиническое влияние модифицированной компрессионной терапии.

Задачи исследования:

1. Выявить клинико-anamнестические и репродуктивные факторы, ассоциированные с развитием варикозного расширения вен половых органов у женщин репродуктивного возраста.

2. Оценить частоту и структуру акушерских и перинатальных осложнений у беременных с варикозным расширением вен половых органов по сравнению с беременными без данной патологии.

3. Провести динамическую оценку параметров тазовой венозной гемодинамики у беременных с варикозным расширением вен половых органов в I–III триместрах и в раннем послеродовом периоде по данным ультразвукового исследования.

4. Изучить состояние фетоплацентарного комплекса, включая показатели гормональной функции и морфологические характеристики плаценты, у беременных с варикозным расширением вен половых органов.

5. Оценить влияние модифицированной компрессионной терапии на клинические проявления варикозного расширения вен половых органов, показатели венозной гемодинамики и акушерские исходы.

Научная новизна исследования:

Проведено комплексное исследование клинических, гемодинамических и морфологических особенностей варикозного расширения вен половых органов у беременных. Впервые показана ассоциация варикозного расширения вен половых органов с изменениями маточно-плацентарного кровотока у беременных.

Дополнены представления о морфологических особенностях плаценты у беременных с ВРВ ПО: выявлена высокая частота микротромбозов межворсинчатого пространства и признаки хронических микроциркуляторных нарушений.

Установлены особенности гормональной функции фетоплацентарного комплекса у беременных с ВРВ ПО во II–III триместрах гестации, характеризующиеся снижением уровней прогестерона и плацентарного лактогена при повышении концентрации свободного эстриола.

Обоснована целесообразность применения дифференцированного подхода к ведению беременных с ВРВ ПО, включающего использование карты-опросника и модифицированной компрессионной терапии, ассоциированного с уменьшением выраженности клинических проявлений и частоты акушерских осложнений.

Теоретическая значимость работы. Установленные факторы риска развития ВРВ ПО у женщин репродуктивного возраста позволяют уточнить роль наследственной, гормональной и гемодинамической составляющих в формировании венозной патологии. Полученные данные о состоянии тазовой венозной гемодинамики и функциональных особенностях ФПК углубляют понимание взаимосвязи венозных нарушений и осложнённого течения гестации. Проведение I этапа исследования с анализом небеременных пациенток обеспечило выделение базовых (доклинических и фоновых) факторов риска и позволило рассматривать гестацию как дополнительный триггер прогрессирования уже сформированной венозной дисфункции.

Практическая значимость работы определяется возможностью использования результатов исследования в клинической практике. Выявление ранних гормональных изменений ФПК у беременных с ВРВ ПО позволяет своевременно диагностировать признаки фетоплацентарной недостаточности (ФПН) и оптимизировать тактику ведения беременности и родов.

Разработанная и внедрённая карта-опросник для динамической оценки клинических проявлений ВРВ ПО в сочетании с ультразвуковой оценкой венозной гемодинамики обеспечивает объективизацию степени тяжести заболевания в различные сроки гестации и в послеродовом периоде, что повышает эффективность профилактики венозных тромбозов и тромбоэмболических осложнений (ВТЭО).

Применение модифицированной компрессионной терапии (медицинский компрессионный трикотаж с поддержкой области наружных половых органов) сопровождалось снижением частоты нарушений венозного оттока в малом тазу в 2 раза, что позволяет рекомендовать данный метод в составе комплексного ведения беременных с ВРВ ПО для предупреждения прогрессирования венозной патологии и тромбозомболических осложнений.

Методология и методы исследования. Исследование проводилось согласно разработанному дизайну с использованием клинических, лабораторных, инструментальных и статистических методов.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Варикозное расширение вен наружных и внутренних половых органов у женщин репродуктивного возраста и беременных ассоциировано с отягощённым семейным анамнезом по варикозной болезни, высоким паритетом, ожирением, гиподинамией и сопутствующей соматической и гинекологической патологии, что подтверждает системный характер венозных изменений и позволяет рассматривать ВРВ ПО как клинически значимое проявление общей венозной дисфункции.

2. Во время беременности варикозное расширение вен половых органов характеризуется прогрессирующим увеличением диаметра тазовых вен и формированием клапанной недостаточности с максимальной выраженностью в III триместре, а также отсутствием полного восстановления показателей венозной гемодинамики в раннем послеродовом периоде; выявлена взаимосвязь указанных изменений с нарушениями маточно-плацентарного кровотока.

3. Варикозное расширение вен половых органов у беременных сопровождается функциональными и морфологическими изменениями фетоплацентарного комплекса, включающими признаки хронических микроциркуляторных нарушений плаценты и дисбаланс гормональной функции во II–III триместрах гестации, что свидетельствует о влиянии венозной патологии на течение беременности.

4. Включение карты-опросника и модифицированной компрессионной терапии в алгоритм ведения беременных с варикозным расширением вен

половых органов обеспечивает более объективную оценку клинических проявлений заболевания и снижение частоты осложнений беременности по сравнению с пациентками без применения компрессионной терапии.

Степень достоверности и апробация результатов исследования

Достоверность полученных результатов определяется достаточным количеством наблюдений, наличием групп сравнения, объемом собранного материала и основана на применении современных высокоинформативных методов исследования и статистической обработки с использованием пакета Statistica 10.

Основные положения диссертационного исследования представлены на: XXXI Всероссийском конгрессе «Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы» (г. Москва, 2025); Республиканской научно-практической конференции «Актуальные вопросы акушерства и гинекологии» (г. Махачкала, 2025); XXVI Всероссийский научно-образовательный форум «Мать и дитя» (г. Москва, 2025).

В завершеном виде диссертация представлена и обсуждена на совместном заседании кафедр акушерства и гинекологии лечебного факультета и акушерства и гинекологии ФПК и ППС с курсом репродуктивной эндоскопии ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России (протокол № 23 от 19.06.2025).

Диссертационное исследование соответствует п.2 «Физиологические и осложненные беременность, роды и послеродовый период у женщины; п.4 «Разработка и усовершенствование методов диагностики, лечения и профилактики осложненного течения беременности и родов, гинекологических заболеваний; п. 5 «Экспериментальная и клиническая разработка методов оздоровления женщины в различные периоды жизни, вне и во время беременности и внедрение их в клиническую практику» паспорта специальности 3.1.4. Акушерство и гинекология.

Внедрение результатов исследования. Разработанный способ лечения «Применение компрессионной терапии при варикозном расширении вен наружных и внутренних половых органов во время беременности с

использованием колгот высокой степени компрессии» используются в практической работе в ГБУ РД «Махачкалинский родильный дом № 2 им. Р.А. Каримова», что подтверждается актом внедрения. Научные разработки применяются на практических занятиях и лекциях на кафедрах акушерства и гинекологии лечебного факультета и акушерства и гинекологии ФПК и ППС с курсом репродуктивной эндоскопии федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Дагестанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Личный вклад автора. Автор лично участвовал в отборе пациенток, сборе клинических данных, проведении динамического наблюдения и обработке результатов исследования. Автором сформирована база данных, выполнен статистический анализ и интерпретация полученных результатов, сформулированы научные положения и выводы.

Публикации по теме диссертации. По теме диссертационного исследования опубликовано 5 статей, все в журналах, включенных в перечень рецензируемых научных изданий, или индексируемых базой данных RSCI, или входящих в международные реферативные базы данных и системы цитирования, рекомендованных ВАК при Минобрнауки России для опубликования основных научных результатов диссертаций на соискание ученой степени кандидата наук, на соискание ученой степени доктора наук, и издания приравненные к ним, в том числе 3 – в журналах, индексируемых в международной библиографической и реферативной базе SCOPUS.

Структура и объем диссертации. Диссертационная работа изложена на 154 страницах машинописного текста и состоит из введения, обзора литературы, главы «Материалы и методы исследования», 2 глав собственных исследований, обсуждения полученных результатов, заключения, списка сокращений и условных обозначений, списка литературы, списка иллюстративного материала и приложений, иллюстрирована 22 рисунками и 26 таблицами. Указатель литературы содержит 162 источника, из которых 95 отечественных и 67 зарубежных авторов.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Этапы и методы исследования. Исследование выполнено в три этапа и носило комбинированный (ретроспективно-проспективный) характер (рисунок 1).

Женщины репродуктивного возраста и беременные с варикозным расширением вен половых органов (ВРВ ПО), 18-55 лет

Этап I – Ретроспективный анализ медицинской документации

1 группа: небеременные с ВРВ ПО
(основная группа; n=200)

2 группа: небеременные без ВРВ ПО
(группа сравнения; n=50)

клинико-anamнестические данные
общий и репродуктивный анамнез
клинические проявления ВРВ ПО вне беременности

Этап II – Проспективное когортное исследование

1 группа: беременные с ВРВ ПО
(основная группа; n=100)

(* 17 женщин были исключены в связи с невозможностью завершения протокола исследования)

2 группа: беременные без ВРВ ПО
(группа сравнения; n=50)

общий и репродуктивный анамнез
клиническое течение ВРВ ПО во время беременности
течение настоящей беременности, родов и послеродового периода

1А подгруппа – пациентки с ВРВ ПО без компрессионной терапии
n=55

1Б подгруппа – пациентки с ВРВ ПО у которых применялась компрессионная терапия (модифицированный медицинский трикотаж) n=45

Карта-опросник + сравнительный анализ подгрупп 1А и 1Б с целью оценки влияния проводимой терапии на клиническое течение ВРВ ПО, исходы беременности, родов и послеродового периода

Этап III – проспективное когортное исследование

1 группа беременные с ВРВ ПО (основная группа; n=100)

2 группа беременные без ВРВ ПО (группа сравнения; n=50)

60 пациенток 1 группы /
30 пациенток из 2 группы

35 пациенток 1 группы (1С подгруппа) / 20 пациенток из 2 группы (2С подгруппа)

36 пациенток 1 группы (1Д подгруппа) /16 пациенток из 2 группы (2Д подгруппа)

УЗ-оценка тазовой венозной гемодинамики, маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровотока (разные сроки гестации)

Оценка гормональной функции фетоплацентарного комплекса:
прогестерон
плацентарный лактоген, свободный
Эстриол (28-32 и 38-39 нед)

Морфологическое исследование плаценты:
гистология
морфометрия

Оценка эффективности модифицированной компрессионной терапии Беременные с ВРВ ПО (1группа)

С применением компрессионной терапии

Без компрессионной терапии

Оценка: клинические проявления ХВН, течение беременности, частота осложнений

Рисунок 1 – Дизайн исследования

I этап (2017–2021 гг.). Проведен ретроспективный анализ медицинской документации 200 небеременных пациенток с верифицированным диагнозом ВРВ ПО (основная группа) и 50 практически здоровых женщин (группа сравнения). Изучались клиничко-анамнестические и репродуктивные факторы риска развития ВРВ ПО вне беременности.

II этап. В рамках проспективного наблюдения обследованы 100 беременных женщин с ВРВ ПО (основная группа) и 50 беременных без признаков венозной патологии (группа сравнения). Оценивались клинические проявления заболевания, параметры тазовой венозной гемодинамики, особенности течения беременности, родов и послеродового периода. При формировании подгрупп для сравнительного анализа эффективности модифицированной компрессионной терапии часть пациенток ($n = 17$) была исключена в связи с неполнотой клинических и инструментальных данных. У части пациенток отсутствовали отдельные УЗ-контрольные точки, были пропущены визиты или отсутствовали данные по триместрам беременности.

В окончательный анализ включены 83 беременные с ВРВ ПО, которые были распределены на подгруппы: 1А – без компрессионной терапии ($n = 45$); 1Б – с применением компрессионного трикотажа ($n = 38$). Сравнительный анализ между подгруппами 1А и 1Б проводился для оценки влияния компрессионной терапии на клиническое течение ВРВ ПО, а также на исходы беременности, родов и послеродового периода.

III этап. Проведен углублённый анализ отдельных подгрупп при наличии полного объёма клинических, инструментальных и лабораторных данных:

– УЗИ вен наружных и внутренних половых органов и доплерометрия маточно-плацентарного (МПК) и плодово-плацентарного кровотока (ППК) (60 – основная группа; 30 – группа сравнения);

– исследование гормонального профиля ФПК (определение уровней эстриола, прогестерона и плацентарного лактогена) в основной группе (подгруппа 1С; $n = 35$) и группе сравнения (подгруппа 2С; $n = 20$);

– морфогистологическое исследование плацентарной ткани в основной группе с ВРВ ПО (подгруппа 1Д; $n = 36$) и группе сравнения (подгруппа 2Д; $n = 16$).

Критерии включения: беременные женщины I–III триместров; наличие верифицированного диагноза ВРВ ПО (по данным клинического осмотра и УЗИ); одноплодная беременность; информированное добровольное согласие на участие в исследовании.

Критерии неключения: многоплодная беременность; тяжёлые врождённые пороки развития плода; декомпенсированные соматические заболевания; острые инфекционные заболевания; отказ от участия в исследовании.

Методы исследования

Использованы клинические, ультразвуковые (трансвагинальное дуплексное сканирование с доплерометрией), лабораторные (определение эстриола, прогестерона, плацентарного лактогена), морфогистологические и статистические методы. Клиническая оценка выраженности ВРВ ПО проводилась с использованием разработанной карты-опросника. Учитывались основные клинические проявления: пелвалгия, отек половых губ, болезненность при пальпации, дискомфорт внизу живота, зуд половых органов, диспареуния, дизурия, наличие предменструального синдрома и нарушения менструального цикла в анамнезе. Статистическая обработка выполнена с использованием пакета Statistica 10.

Исследование одобрено локальным этическим комитетом НЭК ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России: протокол № 29 от 16 июня 2025 г.

Лечение пациенток с ВРВ ПО проводилось в соответствии с действующими клиническими рекомендациями и включало медикаментозную, немедикаментозную и профилактическую терапию. В составе базисной терапии применялись флеботропные препараты (диосмин 1000 мг/сут курсом 60 дней со II триместра беременности с повторным курсом в 28–36 недель), венотоники и ангиопротекторы, направленные на уменьшение венозного застоя и повышение тонуса венозной стенки. Проводилась неспецифическая профилактика ВТЭО, включавшая диетические рекомендации, лечебную физкультуру, санацию очагов хронической инфекции и коррекцию факторов гиперкоагуляции. В

родах использовали компрессионные чулки, инфузионную терапию и адекватное обезболивание. Пациенткам подгруппы 1Б (n = 38) дополнительно рекомендовано ношение разработанных автором колгот II класса компрессии с латексными промежностными вставками, обеспечивающими поддержку наружных половых органов и улучшение венозного оттока (рисунок 2). Ношение осуществлялось в дневное время с ранних сроков беременности и продолжалось в послеродовом периоде.



Рисунок 2 – Колготы 2-го класса компрессии с латексными подушечками на промежностной части колгот, соприкасающуюся с наружными ПО

Оценка риска ВТЭО проводилась с использованием балльной шкалы. При высоком риске ВТЭО назначалась специфическая профилактика низкомолекулярными гепаринами в профилактических дозах в соответствии с действующими клиническими рекомендациями. В родах и послеродовом периоде проводилась комплексная профилактика тромбоэмболических осложнений.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Факторы риска и клиничко-anamнестические данные

При анализе ретроспективных групп установлено, что ВРВ ПО достоверно чаще выявлялось у пациенток более старшего возраста ($30,5 \pm 0,6$ года против $21,1 \pm 0,5$ года; $p < 0,05$) и с большей массой тела ($84,7 \pm 0,2$ кг против $74,7 \pm 0,3$ кг; $p < 0,05$). В структуре факторов риска преобладали гиподинамия (59,5 %), проживание в городе (60,0 %), отягощённый семейный анамнез по ВБ

(46,0 %), ожирение (34,0 %), анемия (62,0 %), ВБ нижних конечностей (56,0 %) и тромбозы (14,0 %). Сопутствующая экстрагенитальная патология выявлена у 50,0 % пациенток. Гинекологическая патология встречалась значительно чаще, чем в группе сравнения (72,5 % против 10,0 %; $p < 0,05$), включая дисменорею (54,5 % против 10,0 %; $p < 0,05$), обильные менструальные кровотечения (43,0 % против 12,0 %; $p < 0,05$) и нарушения менструального цикла (21,0 % против 2,0 %; $p < 0,05$). Высокий паритет (≥ 3 родов) выявлен у 72,0 % пациенток с ВРВ ПО.

В проспективной части полученные закономерности подтвердились: беременные с ВРВ ПО были старше ($36,7 \pm 0,3$ года против $21,0 \pm 0,4$ года; $p < 0,05$) и имели большую массу тела ($86,8 \pm 0,2$ кг против $76,8 \pm 0,2$ кг; $p < 0,05$). У них достоверно чаще отмечались наследственная отягощённость (68,0 %), сочетание с ВБ нижних конечностей (69,0 %; $p < 0,05$), ожирение (28,0 %; $p < 0,05$), анемия (39,0 %; $p < 0,05$) и гинекологическая патология. Различия сохранялись при сопоставлении клинических показателей внутри возрастных подгрупп.

Клиническое течение ВРВ ПО во время беременности

Манифестация клинических проявлений ВРВ ПО отмечалась уже в I триместре у 15,0 % беременных, во II триместре – у 39,0 % (с 25–26 недель), в III триместре – у 46,0 %, что свидетельствует о прогрессирующем характере заболевания по мере увеличения срока гестации. По мере прогрессирования беременности достоверно увеличивалась частота основных клинических симптомов: пелвалгия – с 24,0 % до 48,0 % ($p < 0,01$), боль в промежности – с 26,0 % до 49,0 % ($p < 0,01$), отёк наружных половых органов – с 8,0 % до 26,0 % ($p < 0,01$), зуд вульвы – с 8,0 % до 21,0 % ($p < 0,01$), диспареуния – с 8,0 % до 21,0 % ($p < 0,01$), болезненность при пальпации – с 11,0 % до 26,0 % ($p < 0,01$). К III триместру у 47,0 % пациенток определялась выраженная варикозная трансформация вен с формированием конгломератов узлов.

В I триместре течение беременности осложнялось угрозой прерывания у 50,0 % пациенток основной группы; во II триместре чаще выявлялись угроза преждевременных родов (ПР) (32,0 % против 4,0 % в группе сравнения;

$p < 0,05$), низкая плацентация (15,0 %) и анемия (11,0 % против 4,0 %; $p < 0,05$). В III триместре ПР наблюдались у 20,0 %, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты – у 13,0 %, тромбоз вен нижних конечностей – у 5,0 %, тазовых вен – у 2,0 %. Таким образом, клиническое течение ВРВ ПО характеризуется нарастанием симптоматики к III триместру, что коррелирует с увеличением диаметра тазовых вен и формированием венозного застоя.

Тазовая венозная гемодинамика

При динамическом трансвагинальном дуплексном сканировании установлено прогрессирующее увеличение диаметра тазовых вен по мере течения беременности ($p < 0,05$). Максимальные значения отмечались в III триместре: *v. pudenda interna* – $10,1 \pm 0,2$ мм, маточные вены – 12–13 мм, яичниковые – 11–13 мм (таблицы 1 и 2).

Таблица 1 – Диаметр вен наружных ПО у женщин с ВРВ ПО (1-я группа, $n = 60$) и в группе сравнения (2-я группа, $n = 30$)

Группы	Диаметр вен, мм					
	1 группа	2 группа	1 группа	2 группа	1 группа	2 группа
Триместр	I триместр		II триместр		III триместр	
<i>V.pudenda interna</i>	$5,0 \pm 0,1$	$4,0 \pm 0,1$	$6,0 \pm 0,2$	$5,0 \pm 0,2$	$10,1 \pm 0,2$	$7,0 \pm 0,2$
<i>V.bulbus vestibuli</i>	$4,0 \pm 0,2$	$3,0 \pm 0,2$	$5,0 \pm 0,1$	$4,0 \pm 0,1$	$7,0 \pm 0,1$	$5,0 \pm 0,1$
<i>V.clitoridis</i>	$3,0 \pm 0,1$	$3,0 \pm 0,1$	$4,0 \pm 0,1$	$3,0 \pm 0,1$	$6,0 \pm 0,2$	$4,0 \pm 0,2$
<i>V.vaginales</i>	$3,3 \pm 0,8^*$	$2,0 \pm 0,2$	$4,0 \pm 0,1^*$	$2,4 \pm 0,1$	$6,0 \pm 0,3^*$	$3,6 \pm 0,4$

Примечание – * $p < 0,05$ – достоверность различий между группами.

Таблица 2 – Диаметр вен внутренних ПО в основной группе с ВРВ ПО ($n = 60$)

Вена	Диаметр, мм		
	I триместр	II триместр	III триместр
Правая маточная вена	$6,2 \pm 0,8$	$8,6 \pm 0,4^*$	$13,4 \pm 0,1^{**}$
Левая маточная вена	$6,0 \pm 0,1$	$8,2 \pm 0,8^*$	$12,0 \pm 0,1^{**}$
Правая яичниковая	$4,1 \pm 0,9$	$8,0 \pm 0,1^*$	$13,0 \pm 0,6^{**}$
Левая яичниковая	$4,0 \pm 0,1$	$7,0 \pm 0,1^*$	$11,0 \pm 0,3^{**}$

Примечание: * $p < 0,05$ сравнение состояния в I и II триместрах; ** $p < 0,05$ – во II и III триместрах; *** $p < 0,05$ в III триместре.

По сравнению с I триместром диаметр вен увеличивался более чем в 2 раза. Проба Вальсальвы сопровождалась ретроградным кровотоком, что свидетельствовало о клапанной недостаточности. В группе сравнения увеличение диаметра вен было менее выраженным и не достигало критериев варикозной трансформации. У пациенток, применявших компрессионную терапию, отмечалась тенденция к меньшей выраженности венозной дилатации.

Маточно-плацентарная и плодово-плацентарная гемодинамика

Оценка МПК и ППК проводилась методом доплерометрии в III триместре беременности. В 30–34 недели у беременных с ВРВ ПО отмечено повышение сопротивления в маточных артериях и умеренное увеличение показателей в АП ($p < 0,05$), при отсутствии различий по среднемозговой артерии (СМА), что свидетельствует о начальных/умеренных изменениях МПК без признаков выраженной фетальной декомпенсации (таблица 3).

Таблица 3 – Показатели маточно-плацентарного и плодового кровотока в сроке 30–34 недели беременности ($M \pm m$)

Артерия	1-я (основная) группа (n = 100)			2-я (сравнения) группа (n = 50)		
	ИР	ПИ	СДО	ИР	ПИ	СДО
ПМА	0,67 ± 0,03*	1,67 ± 0,03*	1,97 ± 0,03	0,56 ± 0,01	1,12 ± 0,05	1,77 ± 0,03
ЛМА	0,66 ± 0,04*	1,68 ± 0,02*	1,88 ± 0,02	0,55 ± 0,01	1,18 ± 0,02	1,78 ± 0,02
АП	0,69 ± 0,03	0,69 ± 0,01	2,49 ± 0,01	0,62 ± 0,01	0,58 ± 0,05	2,45 ± 0,05
СМА	0,76 ± 0,05	1,55 ± 0,03	2,24 ± 0,06	0,74 ± 0,02	1,58 ± 0,05	2,40 ± 0,05

Примечание: * $p < 0,05$ – достоверность различий показателей по сравнению с группой сравнения. ПМА – правая маточная артерия, ЛМА – левая маточная артерия, АП – артерия пуповины, СМА – среднемозговая артерия плода, ИР – индекс резистентности, ПИ – пульсационный индекс.

Аналогичные изменения сохранялись и в сроке 38–40 недель беременности: у пациенток с ВРВ ПО отмечалось более высокое сосудистое сопротивление в маточных артериях и АП ($p < 0,05$), тогда как показатели кровотока в СМА между группами существенно не различались. У пациенток, новорождённые которых родились в состоянии гипоксии, отмечалось более выраженное повышение

сосудистого сопротивления в маточных артериях и АП, а также снижение показателей кровотока в СМА, отражающее централизацию фетального кровообращения. Полученные данные свидетельствуют о нарастании сосудистого сопротивления в системе МПК и умеренных изменениях ППК у беременных с ВРВ ПО. Нарушения ФПК по данным доплерометрии в III триместре выявлены у 24,0 % пациенток основной группы.

Акушерские и перинатальные исходы текущей беременности

Беременность в основной группе завершилась рождением живых детей у 98,0 % пациенток. У 2,0 % пациенток зарегистрирована АГП, обусловленная тромботическими изменениями сосудов пуповины. Большинство новорождённых (75,5 %) имели оценку 8–9 баллов по шкале Апгар; умеренная асфиксия отмечена у 18,4 %, тяжёлое состояние – у 6,1 %. Осложнения в родах наблюдались у 31,0 % пациенток основной группы против 2,0 % в группе сравнения ($p < 0,05$). Наиболее частым осложнением являлось преждевременное излитие околоплодных вод (8,0 %); также регистрировались аномалии родовой деятельности и острая гипоксия плода. В послеродовом периоде у пациенток с ВРВ ПО достоверно чаще отмечались гипотонические кровотечения (23,0 %), субинволюция матки (11,0 %) и тромбофлебиты (7,0 %). Средний объём кровопотери при самопроизвольных родах в основной группе был выше, чем в группе сравнения ($395,9 \pm 14$ мл против $167,0 \pm 45$ мл; $p < 0,05$). Полученные данные свидетельствуют о более неблагоприятных акушерских и перинатальных исходах у беременных с ВРВ ПО.

С целью оценки эффективности модифицированной компрессионной терапии проведён сравнительный анализ подгрупп: 1А – без компрессионной терапии ($n = 45$) и 1Б – с применением компрессионного трикотажа II класса компрессии ($n = 38$). Межгрупповой анализ показал, что показатели коагулограммы в подгруппах достоверно не различались. У пациенток подгруппы 1Б отмечено достоверное уменьшение выраженности симптомов хронической венозной недостаточности (ХВН) во II и III триместрах беременности ($p < 0,05$). В подгруппе 1А частота пелвалгии к III триместру

достигала 62,2 %, тогда как в 1Б группе данный показатель составил 23,7 % ($p < 0,05$). Аналогичная тенденция отмечена в отношении отёка наружных половых органов, диспареунии и чувства тяжести (таблица 4).

Таблица 4 – Клинические проявления ХВН у пациенток исследуемых групп

Признак	1А подгруппа (n = 45), абс (%)			1Б подгруппа (n = 38), абс (%)		
	I	II	III	I	II	III
Триместр						
Пелвалгия	13 (28,9 %)	21* (46,7 %)	28* (62,2 %)	12 (31,6 %)	10 (26,3 %)	9 (23,7 %)
Отёк половых губ	8 (17,8 %)	16* (35,6 %)	17* (37,7 %)	8 (21,1 %)	7 (18,4 %)	6 (15,8 %)
Болезненность при пальпации	11* (24,4 %)	14* (31,1 %)	19* (42,2 %)	2 (5,3 %)	5 (13,2 %)	8 (21,1 %)
Чувство тяжести	18* (40,0 %)	26* (57,8 %)	30* (66,7 %)	12 (31,6 %)	9 (23,7 %)	8 (21,1 %)
Зуд вульвы	9 (20,0 %)	19* (42,2 %)	21* (46,7 %)	6 (15,8 %)	8 (21,1 %)	10 (26,3 %)
Диспареуния	8 (17,8 %)	14* (31,1)	22* (48,9 %)	8 (21,1 %)	7 (18,4 %)	5 (13,2 %)
Примечание – * $p < 0,05$ – достоверность различий между группами.						

В подгруппе 1Б реже регистрировались осложнения беременности: угроза преждевременных родов (21,1 % против 35,6 %), анемия (15,8 % против 33,3 %), хроническая гипоксия плода (2,6 % против 20,0 %), тромбоз вен нижних конечностей (2,6 % против 17,8 %) ($p < 0,05$). Осложнения в родах и послеродовом периоде также чаще наблюдались у пациенток 1А группы ($p < 0,05$). Полученные данные свидетельствуют о том, что компрессионная терапия может рассматриваться как эффективный компонент ведения беременных с ВРВ ПО.

Гормональный профиль фетоплацентарного комплекса

С целью оценки функционального состояния ФПК проведено исследование уровней прогестерона, плацентарного лактогена (ПлЛ) и свободного эстриола во II (28–32 нед) и III (38–39 нед) триместрах беременности. Обследованы 55 беременных: 35 пациенток с ВРВ ПО (1С подгруппа) и 20 – без признаков венозной патологии (2С) (таблица 5).

Таблица 5 – Уровни гормонов в группах

Срок бер, нед	Группа 1С (n = 35)	Группа 2С (n = 20)	Группа 1С (n = 35)	Группа 2С (n = 20)	Группа 1С (n = 35)	Группа 2С (n = 20)
	Прогестерон, МЕ/мл (M ± SD)		Плацентарный Лактоген, мг/л (M ± SD)		Эстриол, нг/мл (Me (Q1;Q3))	
28–32	269,2 ± 39,2	249,7 ± 79,8	7,2 ± 0,9**	8,6 ± 1,1	20,1 (17,45; 25,1)**	13,55 (12,75; 14,1)
38 – 39	327,8 ± 60,6*	439,7 ± 132,3	6,8 ± 0,7**	11,7 ± 1,7	47,1 (30,00; 63,05)**	23,4 (20,75; 27,12)

Примечание: *p < 0,01 (межгрупповое сравнение 1С vs 2С в соответствующий срок; прогестерон, t-test, p = 0,002); **p < 0,001 (межгрупповое сравнение 1С vs 2С в соответствующий срок; Плацентарный Лактоген – t-test; эстриол – Манна–Уитни).

В сроке 28–32 недели различий в уровне прогестерона между группами не выявлено. Однако к 38–39 неделям у беременных с ВРВ ПО отмечено достоверное снижение уровня прогестерона по сравнению с группой сравнения ($327,8 \pm 60,6$ против $439,7 \pm 132,3$ МЕ/мл; $p = 0,002$), что может свидетельствовать о функциональном напряжении ФПК в поздние сроки беременности. Аналогичная тенденция выявлена при анализе ПЛЛ. Уже во II триместре его уровень у беременных с ВРВ ПО был достоверно ниже, чем в группе сравнения ($p < 0,001$), а к 38–39 неделям различия усиливались, что отражает снижение гормональной активности плаценты. В отличие от прогестерона и ПЛЛ, концентрация свободного эстриола у пациенток с ВРВ ПО была достоверно выше по сравнению с группой контроля как во II, так и в III триместрах ($p < 0,001$).

Повышение уровня эстриола при одновременном снижении прогестерона и ПЛЛ отражает дискоординацию гормональной функции ФПК. Нормальная функция ФПК у беременных с ВРВ ПО регистрировалась значительно реже ($34,3$ % против $85,0$ %; $p < 0,001$). Нестабильные и сниженные типы гормональных реакций чаще выявлялись в основной группе ($p = 0,04$) и ассоциировались с осложнениями беременности: снижение прогестерона – с ЗРП ($p = 0,003$), отклонения уровней ПЛЛ и эстриола – с нарушениями МПК, а нестабильные типы гормональных реакций – с признаками гипоксии плода и ПР ($p < 0,05$). Таким образом, у беременных с ВРВ наружных и внутренних ПО

формируется характерный дисгормональный профиль ФПК, проявляющийся снижением прогестерона и ПЛЛ в поздние сроки гестации при одновременном повышении свободного эстриола. Полученные данные свидетельствуют о функциональном напряжении плаценты и могут объяснять более высокую частоту нарушений МПК и осложнений беременности у данной категории пациенток.

Морфологические изменения плаценты

Морфометрическое исследование плацент проведено у пациенток с ВРВ ПО (1D группа, n = 36) и без венозной патологии (2D группа, n = 16). При макроскопической оценке плацент в 43,8 % случаев отмечалось их типичное строение; в отдельных наблюдениях выявлялись ложные узлы и расширение вен пуповины. Средняя длина пуповины между группами не различалась, однако её диаметр в основной группе был достоверно больше ($p < 0,01$), что может отражать венозное полнокровие.

Морфометрический анализ выявил у пациенток с ВРВ ПО признаки компенсаторно-приспособительной перестройки плаценты: увеличение симпластических узлов, расширение межворсинчатого пространства и сосудистого компонента ворсин ($p < 0,05$). Одновременно отмечалось снижение стромы ворсин и синцитиотрофобласта ($p < 0,05$). В 77,8 % плацент выявлялись микротромбы интервиллезного пространства (против 18,8 %; $p < 0,05$), сопровождавшиеся стазом крови и отложением фибриноида. Выявленные изменения отражают хронические нарушения микроциркуляции в плаценте при ВРВ ПО и носят преимущественно очаговый характер, что согласуется с умеренной выраженностью перинатальных нарушений.

ВЫВОДЫ

1. Варикозное расширение вен половых органов у женщин репродуктивного возраста ассоциировано с отягощённым семейным анамнезом по варикозной болезни (68,0 %), высоким паритетом (≥ 3 родов – 72,0 %), ожирением (34,0 %), гиподинамией (59,5 %), а также высокой частотой сопутствующей соматической и гинекологической патологии, включая воспалительные заболевания и нарушения менструального цикла ($p < 0,05$).

2. У беременных с варикозным расширением вен половых органов достоверно чаще регистрировались гипотонические кровотечения (23,0 % против 2,0 %), преждевременные роды (20,0 % против 6,0 %) и тромботические осложнения (8,0 % против 0 %) по сравнению с группой сравнения ($p < 0,05$), что определяет более высокую частоту осложнений при данной патологии.

3. В период беременности при варикозном расширении вен половых органов отмечается прогрессирующее увеличение диаметра тазовых вен: вагинальных вен – в 1,7 раза, маточных вен – в 2,0 раза, яичниковых вен – в 2–3 раза ($p < 0,05$), сопровождающееся формированием клапанной недостаточности (36,7 % маточных вен и 65,0 % яичниковых вен) и максимальной выраженностью изменений в III триместре. В раннем послеродовом периоде полного восстановления венозной гемодинамики не отмечается.

4. У беременных с варикозным расширением вен половых органов выявлены изменения состояния фетоплацентарного комплекса, включающие нарушение маточно-плацентарного кровотока ($p < 0,05$), а также морфологические признаки хронических микроциркуляторных нарушений плаценты: микротромбозы интервиллезного пространства выявлялись значительно чаще – 77,8 % против 18,8 % в группе сравнения ($p < 0,05$), а также расширение межворсинчатого пространства и сосудистого компонента ворсин. Гормональная функция во II–III триместрах ассоциируется со снижением уровня прогестерона до $327,8 \pm 60,6$ МЕ/мл и плацентарного лактогена до $6,8 \pm 0,7$ мг/л на фоне повышения свободного эстриола до 47,1 нг/мл ($p < 0,05$).

5. Применение модифицированной компрессионной терапии у беременных с варикозным расширением вен половых органов ассоциировано со снижением выраженности клинических симптомов хронической венозной недостаточности и уменьшением частоты осложнений беременности (28,9 % против 2,6 %; $p < 0,05$) по сравнению с пациентками, не применявшими компрессионную терапию. Частота тромботических осложнений во время беременности также была ниже в подгруппе, использовавшей компрессионные изделия, тогда как в родах и послеродовом периоде достоверных различий не выявлено.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. В позднем репродуктивном возрасте, при высоком паритете, избыточной массе тела и отягощенном акушерско-гинекологическом или соматическом анамнезе целесообразна консультация ангиохирурга на этапе планирования беременности и в период гестации для определения тактики наблюдения и профилактики прогрессирования венозной патологии.

2. Беременным с варикозным расширением вен половых органов рекомендуется динамическое наблюдение с проведением ультразвуковой доплерографии сосудов нижних конечностей и малого таза не реже одного раза в триместр.

3. Беременным с ВРВ ПО может быть рекомендовано использование компрессионного трикотажа II класса компрессии с дополнительной поддержкой области наружных половых органов и промежности как компонента комплексного ведения.

4. Для объективизации клинического состояния и оценки динамики симптомов целесообразно применение разработанной автором карты-опросника.

5. Беременным с варикозным расширением вен половых органов необходимо проводить оценку состояния фетоплацентарного комплекса с использованием ультразвуковых методов исследования.

6. Определение уровней прогестерона, плацентарного лактогена и свободного эстриола во II–III триместрах может использоваться для комплексной оценки функционального состояния фетоплацентарного комплекса.

7. При выраженном варикозном расширении вен наружных половых органов и влагалища вопрос о способе родоразрешения решается индивидуально с учётом клинической картины и риска кровотечения.

8. В послеродовом периоде у пациенток с ВРВ ПО рекомендуется проведение профилактики гипотонического кровотечения и венозных тромбозных осложнений в соответствии с действующими клиническими рекомендациями.

ПЕРСПЕКТИВЫ ДАЛЬНЕЙШЕЙ РАЗРАБОТКИ ТЕМЫ

Полученные данные о факторах риска варикозного расширения вен половых органов позволяют прогнозировать развитие заболевания у беременных и обосновывают необходимость дальнейших исследований, направленных на профилактику осложнений беременности, родов и послеродового периода.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Беременность – как причина возникновения варикозного расширения вен половых органов (Литературный обзор) / **Э.Г. Герейханова**, Х.М. Омарова, Э.С-А. Ибрагимова [и др.] // Уральский медицинский журнал. – 2019. – Т. 171. – № 3. – С. 44–49. (**ВАК**)
2. Морфологические исследования плацент родильниц с варикозным расширением вен половых органов / **Э.Г. Герейханова**, Х.М. Омарова, Т.Х.-М. Хашаева [и др.] / Морфология. – 2020. – № 3. – С. 26–30. (**ВАК**)
3. Допплерографическая оценка состояния плода у беременных с варикозным расширением вен половых органов / **Э.Г. Герейханова**, Х.М. Омарова, Т.Х.-М. Хашаева [и др.] // Проблемы репродукции. – 2020. – Т. 26. – № 6. – С. 104–107. (**Scopus, RSCI, ВАК**)
4. Оценка эффективности компрессионной терапии у беременных с варикозной болезнью половых органов / Х.М. Омарова, А.А. Сулейманова, Ф.С. Мамедов, С.Г. Магомедалиев, П.М. Шамилова, А.М. Анхаева, **Э.Г. Кафарова** // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2024. – Т. 24. – № 3. – С. 60–65. (**Scopus, RSCI, ВАК**)
5. Оценка гормональной функции плаценты у беременных с варикозным расширением вен половых органов / **Э.Г. Кафарова**, Х.М. Омарова, А.И. Гарунова [и др.] // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2025. – Т. 25. – № 3. – С. 73–78. (**Scopus, RSCI, ВАК**)

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АП – артерия пуповины

ВРВ – варикозное расширение вен

ВБ – варикозная болезнь

ВТЭО – венозные тромбозэмболические осложнения

ЗРП – задержка роста плода

ИР – индекс резистентности

МА – маточная артерия

ПлЛ – плацентарный лактоген

ПО – половые органы

ПИ – пульсационный индекс

ПР – преждевременные роды

СДО – систолодиастолическое соотношение

СМА – средняя мозговая артерия

УЗИ – ультразвуковое исследование

ФПК – фетоплацентарный комплекс

Научное издание

Кафарова Эльнара Герейхановна

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Подписано в печать 02.06.2026

Печать цифровая. Формат 60×84¹/₁₆

Усл. печ. л. 1,0. Тираж 100 экз. Заказ № 2650

Отпечатано в ООО «Издательский Дом – Юг»

350010, г. Краснодар, ул. Зиповская, 9, литер «Г», оф. 41/3

Тел. +7(918) 41-50-571

e-mail: id-yug@id-yug.com Сайт: <https://id-yug.com>