

7 см (5–7 баллов) — умеренные, от 8 до 10 см длины отрезка шкалы — сильные боли. Так, до начала лечения у женщин обеих групп, включенных в исследование, в 84,2 % случаев регистрировался умеренный (5–7 баллов) и у 15,8 % — сильный болевой синдром (8–10 баллов). Спустя 6 месяцев лечения болевой синдром был купирован как у пациенток основной группы, так и в группе сравнения, что соответствовало отметке 0–1 балл по ВАШ Хаскинсона.

После проведенного лечения хроническая тазовая боль исчезла у 16 (53,3 %) пациенток основной группы и у 15 (55,5 %) группы сравнения, дисменорея — у 22 (73,3 %) пациенток основной группы и у 21 (77,7 %) во II группе, диспареуния — у 22 (73,3 %) и у 18 (66,6 %) женщин, соответственно, гиперполименорея у 18 (60 %) пациенток основной группы и у 17 (62,9 %) пациенток группы сравнения.

Выводы

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о высокой эффективности, как гормональной терапии, так и таргетной терапии с использованием препарата миомин в лечении миомы матки, ассоциированной с неатипической гиперплазией эндометрия, клинически проявляющейся симптомом хронической тазовой боли у пациенток репродуктивного периода.

Таким образом, хроническая тазовая боль, несомненно, лидирующий фактор снижения качества жизни женщин репродуктивного возраста. Врачи акушер-гинекологи — специалисты, которые одни из первых сталкиваются с такими пациентами, поэтому понимание этио-патогенетических механизмов и морфологии боли, знание клинико-лабораторных и инструментальных критериев при дифференциальной диагностике будет способствовать более точной верификации гинекологической патологии, лежащей в основе ХТБ, своевременному назначению эффективной терапии, что благоприятно скажется на психоэмоциональном состоянии и качестве жизни женщин фертильного возраста.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Можейко, Л. Ф.* Современные аспекты этиопатогенеза и классификации миомы матки / Л. Ф. Можейко // Репродуктивное здоровье. Восточная Европа. 2013. № 1. С. 56–61.
2. *Можейко, Л. Ф.* Миома матки: этиопатогенез, течение беременности и родов / Л. Ф. Можейко, И. А. Гузей, К. В. Белонович // Охрана материнства и детства. 2014. № 1. С. 99–103.
3. *Адамян, Л. В.* Новый взгляд на хроническую тазовую боль в гинекологической практике / Л. В. Адамян // Эффективная фармакотерапия. Неврология и психиатрия. 2013. № 3. С. 91–97.

УДК 618.346-008-022:618.15-002

СТРУКТУРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БЕРЕМЕННЫХ С ВАРИКОЗНЫМ РАСШИРЕНИЕМ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Немченко Ю. И., Гришечкин В. Ю.

**Научные руководители: к.м.н., доцент Т. Н. Захаренкова;
к.м.н., доцент Д. Н. Бонцевич**

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Одной из наиболее частых экстрагенитальных патологий женщин детородного возраста является варикозное расширение вен нижних конечностей (ВРВ НК). Варикозная болезнь — это патологическое расширение поверхностных вен нижних конечностей, важными составляющими которого являются несостоятельность клапанного аппарата и нарушение кровотока стенки вены, сопровождающееся чувством тяжести, повышенной утомляемости в ногах, жжением и судорогами в икроножных мышцах. Ориентируясь на данные уже имеющих-

ся клинических исследований, стоит отметить, что венозная недостаточность выявляется в 7–35 % случаев у беременных, причем у 50–96 % из них данная патология выявлена впервые во время беременности. Чаще всего варикозно расширенные вены выявляются в течение II триместра беременности и лишь 30 % случаев — в I триместре [1, 2].

Первичное варикозное расширение вен, т. е. расширение вен с недостаточностью клапанов, как правило, носит семейный характер и часто возникает без других причинных явлений [3].

Основные причины возникновения варикоза у беременных в полной мере до сих пор неизвестны. Отсюда появляется интерес для исследования структуры пациенток с данной патологией.

Цель

Определить структуру беременных с варикозным расширением вен нижних конечностей и основные факторы риска развития варикоза у беременных методом ретроспективного анализа стационарных карт.

Материал и методы исследования

В отделении патологии беременности УЗ «Гомельская городская клиническая больница № 2» за период с января по декабрь 2021 г. находились 112 беременных с варикозной болезнью нижних конечностей. Средний возраст пациенток составил 31,8 (29,25; 35).

Степень выраженности ВРВ НК определялась согласно классификации СЕАР пересмотра 2020 г. [4].

Индекс массы тела (ИМТ) рассчитывали по формуле:

$$ИМТ = m/h^2,$$

где m — масса тела в килограммах, а h — рост в метрах.

Статистическая обработка данных проведена с использованием пакета прикладных программ «Statistica» 13.3. trial. Данные в тексте представлены в формате Me (25; 75), а также формате абсолютных величин. Нормальность распределения оценивалась посредством критерия Шапиро — Уилка. Сравнения групп проводилось методом χ^2 с поправкой Йетса. Результаты считались значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Согласно классификации СЕАР женщин в исследовании разделили на 4 группы: C_1 — телеангиоэктазии или ретикулярные вены; C_{1-2} — телеангиоэктазии или ретикулярные вены с первичным проявлением варикозно расширенных поверхностных вен; C_2 — варикозные вены; C_{2-3} — варикозные виды со слабовыраженным отеком. Распределение пациенток по данным группам представлено в таблице 1.

Таблица 1 — Частота встречаемости различной степени ВРВ НК у беременных

Степень варикоза	C_1	C_{1-2}	C_2	C_{2-3}
Количество, n (%)	98 (87,5)	5 (4,46)	7 (6,25)	2 (1,79)

В группе C_1 ИМТ равнялся 29,3 (27; 32) кг/м², а прибавка веса за беременность составила 10 (12,9; 14) кг. Паритет родов в данной группе в среднем составил 2,8 (2; 3,3). Только у 3 (3,1 %) пациенток наблюдались признаки хронической венозной недостаточности. У 79 (80,6 %) проявлялась клиника варикоза: тяжесть в ногах и жжение в местах проявления ВРВ.

В анамнезе у 4 (4,1 %) женщин была выполнена флебэктомия (включая малоинвазивные методы). У 69 (70,4 %) пациенток основным методом лечения было — ношение компрессионного трикотажа, у 7 (7,1 %) — прием венотоников. У

29 (29,6 %) женщин была диагностирована хроническая фетоплацентарная недостаточность.

Во второй группе (С₁₋₂) ИМТ составил 29,9 (28,9; 30,8) кг/м², прибавка веса — 15,7 (15,4; 16,1) кг. Паритет родов 2,6 (2,3; 2,8). У 2 (40 %) пациенток наблюдались признаки хронической венозной недостаточности.

Все пациентки группы С₁₋₂ принимали препараты диосмина, компрессионную терапию соблюдали 4 (80 %) пациентки. Флебэктомия была выполнена только 1 (20 %) пациентке. Хроническая фетоплацентарная недостаточность была диагностирована у 3 (60 %) женщин.

В третьей группе (С₂) показатель ИМТ был 26,2 (25,8; 26,5) кг/м², а прибавка веса — 11,7 (10,5; 14,0) кг. Паритет родов — 1,3 (1; 1,5). У 3 (42,9 %) пациенток наблюдались признаки хронической венозной недостаточности. 3 (42,9 %) пациентки принимали препараты диосмина, а компрессионную терапию соблюдали все женщины данной группы. Хроническая фетоплацентарная недостаточность была диагностирована у 4 (57,1 %) женщин.

В четвертой группе (С₂₋₃) ИМТ у одной пациентки равнялся 33,3 кг/м², а у второй 30,3 кг/м². Прибавка веса за беременность была 23,4 и 20,1 кг соответственно. У каждой из пациенток в анамнезе было 6 родов. Фармакологическую терапию венотониками и компрессионную терапию соблюдали две женщины. У двоих наблюдались признаки хронической венозной недостаточности, а также была диагностирована хроническая фетоплацентарная недостаточность.

Выводы

1. Наиболее часто наблюдалась С₁ степень развития варикоза (87,5 %). Хроническая венозная недостаточность встречалась у 8,9 % женщин и напрямую зависит от степени развития варикоза.

2. Степень развития ВРВ НК напрямую зависит от паритета родов ($r = 0,51$, $p = 0,0274$), прибавки веса ($r = 0,68$, $p = 0,023$) и ИМТ ($r = 0,87$, $p = 0,019$).

3. У 33,9 % женщин была диагностирована хроническая фетоплацентарная недостаточность. Она приводит к кислородному голоданию плода, задержке его роста, аномалиям в развитии, преждевременным родам и другим осложнениям во время беременности, родов и послеродовой адаптации новорожденного [5]. Исходя из этого следует проводить профилактику фетоплацентарной недостаточности, путем лечения ВРВ НК.

4. Основными методами лечения ВРВ НК у беременных являются ношение компрессионного трикотажа (73,2 %) и применение венотоников (15,2 %). Флебэктомия была выполнена только 4 (3,6 %) женщинам.

Исходя из этого следует проводить дальнейшие исследования по изучению влияния патологии на течение беременности и плод, а также морфологических изменений плаценты.

ЛИТЕРАТУРА

1. Хрыщанович, В. Я. Принципы ведения беременных с острым варикотромбофлебитом / В. Я. Хрыщанович, Н. Я. Скобелева // Новости хирургии. 2022. № 1. С. 119–124.
2. Маризолева, М. М. Течение беременности у женщин с варикозной болезнью / М. М. Маризолева // Вестник Авиценны. 2017. № 2. С. 142–146.
3. Wennberg, P. W. Diagnosis and management of diseases of the peripheral arteries and veins / P. W. Wennberg, T. W. Rooke // In: Fuster V, Walsh RA, O'Rourke RA, Poole-Wilson P, editors. Hurst's the heart. 12th ed. New York: McGraw Hill Medical; 2018. P. 2371–2388.
4. The 2020 update of the CEAP classification system and reporting standards / F. Lurie [et al.] // J Vasc Surg Venous Lymphat Disord. 2020 May. Vol. 8(3). P. 342–352. doi: 10.1016/j.jvsv.2019.12.075. Epub 2020 Feb 27. Erratum in: J Vasc Surg Venous Lymphat Disord. 2021 Jan; 9(1):288. PMID: 32113854.
5. Wennberg, P. W. Diagnosis and management of diseases of the peripheral arteries and veins / P. W. Wennberg, T. W. Rooke // In: Fuster V, Walsh RA, O'Rourke RA, Poole-Wilson P, editors. Hurst's the heart. 12th ed. New York: McGraw Hill Medical. 2018. P. 2371–2388.