

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНЬЮ

М.М. МАРИЗОЕВА¹, О. НЕЪМАТЗОДА², Д.Д. СУЛТАНОВ^{2,3}, Г.О. НАЗИРОВА¹, У.С. ИСМАТОВА¹,
О.Б. БОБДЖОНОВА³

¹ Городской родильный дом № 2 Управления здравоохранения Хукумата города Душанбе, Душанбе, Республика Таджикистан

² Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии, Душанбе, Республика Таджикистан

³ Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино, Душанбе, Республика Таджикистан

Цель: оценка влияния варикозной болезни на течение и исходы беременности.

Материал и методы: проведён сравнительный анализ течения беременности у 24 женщин с варикозной болезнью (основная группа) и 24 беременных без таковой (контрольная группа). Обе группы по возрасту и срокам беременности были сопоставимы. Средний возраст женщин обеих групп составил $27,2 \pm 3,1$ лет. Критериями исключения из групп явились преэклампсия и сопутствующие тяжёлые экстрагенитальные заболевания. Согласно клинической классификации СЕАР у 20 пациенток имелся II клинический класс (C2), у 4 пациенток – III клинический класс (C3) хронической венозной недостаточности. Сочетанное варикозное расширение большой подкожной вены и её притоков, вен вульвы и влагалища отмечалось у 10 (41,7%) пациенток, изолированное расширение ствола большой подкожной вены и её притоков – у 12 (50%) беременных, а синдром тазового венозного полнокровия, расширение большой подкожной вены и вен наружных половых органов – в 2 (8,3%) случаях.

Результаты: в конце второго триместра у 10 (41,7%) беременных основной группы отмечались дизурические расстройства, тогда как у пациенток контрольной группы эти явления имели место лишь в 1 (4,2%) наблюдении. Частота плацентарной недостаточности у пациенток основной группы ($n=12$; 50%) была выше, чем в контрольной ($n=1$; 4,2%). Угроза прерывания беременности в основной группе зарегистрирована в 14 (58,3%) случаях, в контрольной группе – только у 1 (4,2%) пациентки ($p>0,05$). Задержка внутриутробного развития плода отмечалась у 3 (12,5%) пациенток основной группы. В основной группе многоводие было у 4 (16,7%) пациенток, тогда как у беременных контрольной группы оно имело место лишь в 1 (4,2%) случае ($p>0,05$). У 4 (8,3%) пациенток обеих групп отмечался отёчный вариант гестоза, при этом с достоверным различием: у 3 (12,5%) пациенток основной и у 1 (4,2%) контрольной групп.

Заключение: варикозная болезнь приводит к увеличению развития различных тяжёлых осложнений гестации, что требует комплексной и своевременной коррекции.

Ключевые слова: беременность, варикозная болезнь, угроза прерывания беременности, задержка внутриутробного развития плода, исходы.

COURSE OF PREGNANCY IN WOMEN WITH VARICOSE DISEASE

М.М. MARIZOEVA¹, О. NEMATZODA², D.D. SULTANOV^{2,3}, G.O. NAZIROVA¹, U.S. ISMATOVA¹, O.B. BOBDZHONOVA³

¹ Local Maternity Hospital № 2, Health Department of Khukumat of Dushanbe City, Dushanbe, Tajikistan

² Republican Scientific Center for Cardiovascular Surgery, Dushanbe, Tajikistan

³ Avicenna Tajik State Medical University, Dushanbe, Tajikistan

Objective: Evaluation of the influence of varicose disease on the course and outcome of pregnancy.

Methods: A comparative analysis of the pregnancy course was carried out in 24 women with varicose disease (the main group) and 24 pregnant women without it (control group). Both groups for age and pregnancy were comparable. The average age of women in both groups was 27.2 ± 3.1 years. Criteria of exceptions from the groups were preeclampsia and concomitant severe extragenital diseases. According to the clinical classification of CEAP, 20 patients had clinical grade II (C2), in 4 patients – clinical class III (C3) of chronic venous insufficiency. The combined varicose veins of great saphenous vein and its inflows, the veins of the vulva and the vagina were noted in 10 (41.7%) patients, isolated expansion of the trunk of the great saphenous vein and its inflows in 12 (50%) pregnant women, and pelvic congestion syndrome, dilatation of great saphenous vein and veins of the external genitals – in 2 (8.3%) cases.

Results: At the end of the second trimester, 10 (41.7%) of the pregnant (main group) had dysuric disorders, whereas, in the control group only 1 (4.2%) observed these events. The incidence of placental insufficiency in patients of the main group ($n = 12$; 50%) was higher than in the control group ($n = 1$; 4.2%). The threat of interrupt pregnancy in the main group was registered in 14 (58.3%) cases, in the control group – only in 1 (4.2%) patients ($p>0.05$). The intrauterine growth retardation of a fetus was noted in 3 (12.5%) patients of the main group. In the main group, hydramnion were in 4 (16.7%) patients, whereas in the pregnant women of the control group, it occurred only in 1 (4.2%) cases ($p>0.05$). In 4 (8.3%) patients of both groups, there was an edematous variant of gestosis, with a significant difference: in 3 (12.5%) patients in the main and in 1 (4.2%) control groups.

Conclusion: The varicose disease leads to an increase in the development of various severe complications of gestation, which requires a comprehensive and timely correction.

Keywords: pregnancy, varicose veins, threat interruption of pregnancy, intrauterine growth retardation of fetus, outcomes.

ВВЕДЕНИЕ

Одним из наиболее распространённых экстрагенитальных заболеваний женщин детородного возраста является варикозная болезнь (ВБ), частота встречаемости которой при беремен-

ности составляет 40-95% [1, 2]. У 50-96% женщин варикозная трансформация подкожных вен впервые происходит именно при беременности [1, 3]. В Таджикистане частота встречаемости ВБ является достаточно высокой. Так, например, в сельской местности при скрининговом исследовании, у 48,5% населения

трудоспособного возраста были выявлены различные формы ВБ, причём 67,2% из этого числа были женщины репродуктивного возраста, имевшие три и более беременностей [4]. Согласно данным некоторых исследователей, при сопутствующей ВБ частота различных осложнений гестации увеличивается от 2,6 до 7,2 раз; среди них чаще встречаются фетоплацентарная недостаточность, хроническая внутриутробная гипоксия плода, гестозы, аномалии прикрепления плаценты и обвития пуповины [1, 3, 5]. Другим потенциально опасным осложнением ВБ во время беременности и в послеродовом периоде являются тромбозмембранные осложнения, частота встречаемости которых составляет 2,1-18,2% [6-10].

Цель исследования

Изучить течение и исходы беременности у женщин с варикозной болезнью.

Материал и методы исследования

Исследование основано на анализе течения и исходов беременности у 48 женщин, которым было проведено родоразрешение в период с 2015 по 2016 г.г. в Городском родильном доме № 2 г. Душанбе. Все пациентки были распределены на 2 клинические группы. В основную группу были включены 24 беременные, имевшие варикозное расширение подкожных вен нижних конечностей. Контрольную группу составили 24 женщины без этой патологии. Обе группы по возрасту и срокам беременности были сопоставимы. Средний возраст женщин обеих групп составил 27,2±3,1 лет. Критериями исключения из групп явились преэклампсия и сопутствующие тяжёлые экстрагенитальные заболевания.

Согласно клинической классификации СЕАР у 22 пациенток основной группы имелся III клинический класс (С3), а у 2 – IV клинический класс (С4) хронической венозной недостаточности. Сочетанное варикозное расширение большой подкожной вены и её притоков, вен вульвы и влагалища было отмечено у 17 (70,8%) женщин, изолированное расширение ствола большой подкожной вены – у 3 (12,5%) беременных и синдром тазового венозного полнокровия, расширение большой подкожной вены и вен наружных половых органов – в 4 (16,7%) случаях.

Всем пациенткам проводилось общеклиническое, гинекологическое и ангиологическое исследования. Дополнительно выполнялось ультразвуковое исследование репродуктивных органов, плода, венозной системы нижних конечностей и органов малого таза, а также – артериального кровообращения в системе мать-плацента-плод. Изучение характера кровообращения в системе мать-плацента-плод, а также венах нижних конечностей, гениталий и малого таза проводили с помощью ультразвуковых аппаратов «Mindrey» (Китай) и «Аloka-650 SSD» (Япония), снабжённых трансабдоминальными и трансвагинальными конвексными датчиками.

Таблица. Изменения показателей артериального кровообращения маточных артерий и артерии пуповины у пациенток основной группы (n=6)

Показатели	Артерия пуповины	Правая маточная артерия	Левая маточная артерия
Систола-диастолическое отношение	2,5±0,03	1,9±0,02	1,8±0,05
Пульсационный индекс	0,9±0,02	0,7±0,03	0,7±0,03
Индекс резистентности	0,6±0,01	0,5±0,01	0,5±0,01

Статистическую обработку полученных данных проводили при помощи программы «Statistica 6.0». Данные представлены в виде среднего значения (M) и стандартного отклонения (m). Статистически значимыми считали результаты при уровне $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение

По мере развития беременности отмечалось прогрессирующее клинических проявлений ВБ. Отёк конечности и наружных половых органов, который является одним из основных клинических признаков ВБ, в наших наблюдениях был отмечен во всех случаях.

В первом триместре беременности 19 (79,2%) пациенток основной группы жаловались на зуд, чувство тяжести и распирающие боли в промежности, причинами которых являлось тазовое венозное полнокровие.

В конце второго триместра у 10 (41,7%) беременных этой группы отмечались дизурические расстройства, тогда как у пациенток контрольной группы эти явления имелись лишь в 2 (8,3%) наблюдениях. Причиной этих расстройств явилось усугубление венозного стаза в органах малого таза вследствие прогрессирования беременности.

Одной из причин нарушения маточно-плацентарно-плодового кровотока и плацентарной недостаточности является венозная эндотелиальная дисфункция. Так, частота плацентарной недостаточности у пациенток основной группы (n=12; 50%) была выше, чем у беременных, не имевших варикозной болезни (n=2; 8,3%). Диагностика плацентарной недостаточности базировалась на основании оценки роста и развития плода как клиническими методами, так и с помощью ультразвуковой биометрии, а также определения состояния плаценты.

Кроме того, в ходе исследования было выявлено значимое различие в плане признаков угрозы прерывания беременности. У пациенток основной группы последняя отмечалась в 14 (58,3%) случаях, тогда как в контрольной группе – только в 2 (8,3%) наблюдениях (p=0,07).

В 6 (25%) случаях у беременных с ВБ констатировано нарушение кровообращения в системе мать-плацента-плод 1а-б и 2 степени, что явилось причиной развития гипоксии плода и задержки внутриутробного его развития (табл.). Напротив, у пациенток контрольной группы указанное осложнение гестации ни разу не было зафиксировано (p=0,06).

Нами также было выявлено статистически значимое различие частоты многоводия. Так, в основной группе многоводие было у 8 (33,3%) женщин, тогда как у беременных контрольной группы оно было диагностировано лишь в 2 (8,3%) случаях (p=0,07).

У 4 (16,7%) пациенток обеих групп отмечался отёчный вариант гестоза (отёчность и протеинурия во время беременности, но без явлений гипертензии): у 3 (12,5%) женщин основной и у 1 (4,2%) беременной контрольной групп. Возможной причиной та-

кого рода осложнений, по нашему мнению, явилось нарушение функции эндотелия сосудов при явлениях плацентарной недостаточности.

Высокая частота ВБ среди женщин обусловлена многогранным патогенетическим механизмом её развития, особенно при беременности. Так, в период гестации отмечается высокая продукция прогестерона, способствующая ослаблению стенки вен. Кроме того, релаксации венозной стенки способствует низкое содержание вазопрессина, который усиленно нейтрализуется при беременности [2, 5].

Немаловажное значение в генезе ВБ имеет механическое сдавление нижней полой и подвздошных вен, вследствие увеличения размеров беременной матки и повышения внутрибрюшного давления, что способствует развитию венозного застоя и гипертонии в венах малого таза, нижних конечностей и наружных половых органов [3]. При беременности отмечаются увеличение объёма циркулирующей крови на 35-40% и усиление кровотока в органах малого таза более, чем 20 раз, что может послужить причиной развития варикозной трансформации вен [1].

Немаловажную роль в развитии ВБ играют дисфункция эндотелия и нарушения гемостаза, вследствие чего изменяется реактивность сосудистой стенки, активируется каскад внутрисосудистого свёртывания и нарушается целостность стенки сосуда [11, 12]. Вышеперечисленные патологические изменения в последующем могут сыграть существенную роль в развитии вторичной плацентарной недостаточности, лечение которой представляет значительные трудности [5].

Естественное или искусственное окончание беременности приводит к регрессу клинических проявлений ВБ, однако при наступлении последующих беременностей заболевание прогрессирует, и происходит варикозная трансформация интактных вен [1, 13]. Также беременность может способствовать рецидиву ВБ после оперативных вмешательств.

Одной из ошибок, допускаемых в ходе клинической диагностики варикоза вульвы, является обследование пациенток в горизонтальном положении или же на акушерском кресле, в ходе чего уменьшается венозное полнокровие органов малого таза, происходит опустошение вариксов. Другим фактором, приводящим к диагностической ошибке, является стеснение женщин показать гениталии врачам-ангиохирургам. В связи с этим, считаем целесообразным проводить наружный осмотр беременных с варикозной болезнью в вертикальном положении. А в целях исключения явлений флебита варикозных вен необходимо также обратить внимание на окраску кожных покровов и плотность вариксов.

Считается, что в последние годы в структуре экстрагенитальной патологии беременных лидирующие позиции занимает ВБ, которая является одним из проявлений недифференцированной дисплазии соединительной ткани. У беременных женщин с хронической венозной недостаточностью отмечаются

более высокие показатели осложнений гестации и родов [14], которые достоверно влияют на материнскую заболеваемость и смертность.

Согласно данным Цуканова Ю.Т. и соавт. (2013), у женщин с ВБ течение беременности чаще осложняется плацентарной недостаточностью, угрозой прерывания беременности, задержкой развития плода, многоводием, различными вариантами гестоза [8].

Венозная эндотелиальная дисфункция, имеющая место при ВБ, приводит к снижению продукции простаглицина и увеличению тромбоксана и лежит в основе развития и прогрессирования хронической плацентарной недостаточности [5, 14]. Несмотря на достигнутые успехи современной медицины, на сегодняшний день проблема лечения пациенток с плацентарной недостаточностью далека от своего окончательного решения и продолжает оставаться ведущей причиной перинатальной заболеваемости и смертности [14].

В наших наблюдениях частота плацентарной недостаточности и угрозы прерывания беременности у женщин с ВБ регистрировались в 50% и 58,3% случаев соответственно. В этой связи, целесообразным является более раннее обследование беременных с ВБ на предмет выявления плацентарной недостаточности, от своевременной коррекции которой зависит судьба плода.

Известно, что у женщин, имеющих варикозное расширение вен нижних конечностей и малого таза, происходят вторичные изменения органов малого таза, которые могут проявляться в виде диспареунии, лейкореи, дисменореи [15]. По данным Безнощенко Г.Б. и соавт. (2016) у беременных с ВБ констатируется значительное увеличение частоты таких осложнений гестации, как угроза прерывания беременности, гипертония, патология мочевыводящей системы [16]. При этом авторы доказывают, что частота и выраженность осложнений гестации у беременных с ВБ зависит от наличия и степени тяжести хронической венозной недостаточности.

При беременности, из-за гормонального дисбаланса, венозного застоя в нижних конечностях и органах малого таза, а также экстравазальной компрессии вен, увеличивается число тромбоэмболических осложнений до 10% [8-10]. Хотя среди обследованных нами пациенток такого осложнения не было, мы всё же считаем проведение профилактических мероприятий в этом направлении обязательным.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результаты проведённого исследования подтверждают, что сопутствующая варикозная болезнь приводит к увеличению частоты осложнений гестации – плацентарной недостаточности, угрозы прерывания беременности, задержки внутриутробного развития, многоводия и отёчного варианта гестоза, что требует своевременной и комплексной коррекции этой патологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Богачёв ВЮ. Варикозная болезнь вен малого таза. *Гинекология*. 2006; 8(4):64-5.
2. Иванов ЕВ, Низамов ФХ, Михайлова АВ. Течение беременности и родов у женщин, страдающих варикозной болезнью нижних конечностей. *Медицинская наука и образование Урала*. 2012;13(71):5-7.
3. Маризоева ММ, Садриев ОН, Калмыков ЕЛ, Султанов ДД, Бобджонова ОБ. Течение родов у женщин с варикозной болезнью. *Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова*. 2017;25(1): 97-102. Available from: <http://dx.doi/10.23888/PAVLOVJ2017197-102>.
4. Султанов ДД, Гаиров АД, Калмыков ЕЛ, Маллаев СХ. Факторы риска развития варикозной болезни у сельских жителей южного региона Таджикистана. *Новости хирургии*. 2012;20(4):48-51.
5. Дзобова ЭМ, Степанян АВ, Панайотиди ДА, Болкунова НВ, Доброхотова ЮЭ. Особенности течения, диагностики и терапии плацентарной недостаточности при варикозной болезни. *Акушерство, гинекология, репродукция*. 2011;5(4):13-9.
6. Lim CS, Davies AH. Pathogenesis of primary varicose veins. *Br J Surg*. 2009;96(11):1231-42. Available from: <http://dx.doi/10.1002/bjs.6798>.
7. Можейко ЛФ, Тихонович ЕВ, Перепелица СИ. Особенности течения беременности и родов у пациенток с хронической венозной недостаточностью. *Репродуктивное здоровье Восточная Европа*. 2016;4(46):519-25.
8. Цуканов ЮТ, Кравченко ЕН, Криворотов ИА, Василевич ВВ. Особенности клинического течения беременности и родов у женщин с варикозом вен вульвы, влагалища и промежности. *Флебология*. 2013;7(2):21-5.
9. Кравченко ЕН, Цуканов ЮТ, Криворотов ИА. Акушерские аспекты варикозного расширения вен вульвы, влагалища и промежности у беременных. *Проблемы репродукции*. 2013;4:85-9.
10. Камиллова МЯ, Касымова ШС. Особенности течения беременности и перинатальные исходы у женщин с варикозной болезнью. *Вестник Авиценны*. 2016;3:47-51.
11. Шемеровский КА, Таштемирова ЗМ, Табаров МС, Саидмуродова РА, Ходжаева МХ. Сравнительная характеристика факторов риска варикозной болезни. *Вестник Авиценны*. 2010;1:115-9.
12. Dijkstra ML, Khin NY, Coroneos JC, Hazelton S, Lane RJ. The effect of pregnancy on venous valve repair to the sapheno-femoral junction for varicose veins. *Obstet Med*. 2014;7(2):84-9. Available from: <http://dx.doi/10.1177/1753495X14522617>.
13. Цуканов ЮТ, Василевич ВВ, Цуканов АЮ, Корниенко ИФ. Клинические и гемодинамические особенности варикозного расширения вен вульвы и промежности во время и вне беременности. *Флебология*. 2008; 4:27-32.
14. *Акушерство: национальное руководство*. Под ред. Айламазяна ЭК, Кулакова ВИ, Радзинского ВЕ, Савельевой ГМ. Москва, РФ: ГЭОТАР-Медиа; 2007. 1200 с.
15. Цуканов ЮТ, Цуканов АЮ, Левданский ЕГ. Поражение тазовых органов при вторичном варикозном расширении вен малого таза. *Ангиология и сосудистая хирургия*. 2015;21(2):94-100.
16. Безнощенко ГБ, Кравченко ЕН, Цуканов ЮТ, Кропмаер КП, Цыганкова ОЮ. Варикозная болезнь у беременных: особенности гестационного периода, флегогемодинамика малого таза и нижних конечностей. *Российский вестник акушер-гинеколога*. 2016;16(3):4-8.

REFERENCES

1. Bogachyov VYu. Varikoznaya bolezn' ven malogo taza [Varicose of pelvic veins]. *Ginekologiya [Gynecology]*. 2006;8(4):64-5.
2. Ivanov EV, Nizamov FH, Mikhaylova AV. Tchenie beremennosti i rodov u zhenshchin, stradayushchikh varikoznoy bolezn'yu nizhnikh konechnostey [Pregnancy and delivery in women with lower limb varicosity]. *Meditsinskaya nauka i obrazovanie Urala [Medical science and education of Ural]*. 2012;13(71):5-7.
3. Marizoeva MM, Sadriev ON, Kalmykov EL, Sultanov DD, Bobdzhonova OB. Tchenie rodov u zhenshchin s varikoznoy bolezn'yu [Parturition in women with varicose disease]. *Rossiyskiy mediko-biologicheskiy vestnik imeni akademika I.P. Pavlova [I.P. Pavlov Russian Medical Biological Herald]*. 2017;25(1): 97-102. Available from: <http://dx.doi/10.23888/PAVLOVJ2017197-102>.
4. Sultanov DD, Gaibov AD, Kalmykov EL, Mallaev SH. Faktory riska razvitiya varikoznoy bolezn'i u sel'skikh zhitel'ey yuzhnogo regiona Tadjikistana [Risk factors of varicosity development in rural residents of the southern region of Tajikistan]. *Novosti khirurgii [Surgery news]*. 2012;20(4):48-51.
5. Dzhobava EM, Stepanyan AV, Panayotidi DA, Bolkunova NV, Dobrokhotova YuE. Osobennosti tcheniya, diagnostiki i terapii platsentarnoy nedostatochnosti pri varikoznoy bolezn'i [The course features, diagnosis and treatment of placental insufficiency in varicosity]. *Akusherstvo, ginekologiya i reproduksiya [Obstetrics, Gynecology and Reproduction]*. 2011;5(4):13-9.
6. Lim CS, Davies AH. Pathogenesis of primary varicose veins. *Br J Surg*. 2009;96(11):1231-42. Available from: <http://dx.doi/10.1002/bjs.6798>.
7. Mozheyko LF, Tikhonovich EV, Perepelitsa SI. Osobennosti tcheniya beremennosti i rodov u patsientok s khronicheskoy vnoznoy nedostatochnost'yu [Aspects of pregnancy and labor in patients suffering from chronic venous insufficiency]. *Reproduktivnoe zdorov'e Vostochnaya Evropa [Reproductive health Eastern Europe]*. 2016;4(46):519-25.
8. Tsukanov YuT, Kravchenko EN, Krivorotov IA, Vasilevich VV. Osobennosti klinicheskogo tcheniya beremennosti i rodov u zhenshchin s varikozom ven vul'vy, vlagalishcha i promezhnosti [Specific features of the clinical course of pregnancy and labor in the women with varicose veins of vulva, vagina, and perineum]. *Flebologiya [Phlebology]*. 2013;7(2):21-5.
9. Kravchenko EN, Tsukanov YuT, Krivorotov IA. Akusherские aspekty varikoznogo rasshireniya ven vul'vy, vlagalishcha i promezhnosti u beremennykh [Obstetric aspects of varicose veins of the vulva, vagina and perineum]. *Problemy reproduksii [Russian Journal of Human Reproduction]*. 2013;4:85-9.
10. Kamilova MYa, Kasymova ShS. Osobennosti tcheniya beremennosti i perinatal'nye iskhody u zhenshchin s varikoznoy bolezn'yu [Features of gestation course and perinatal outcomes in women with varicose disease]. *Vestnik Avitsenny [Avicenna Bulletin]*. 2016;3:47-51.
11. Shemerovskiy KA, Toshtemirova ZM, Tabarov MS, Saidmurodova RA, Hodjaeva MH. Sravnitel'naya kharakteristika faktorov riska varikoznoy bolezn'i [Comparative characteristics of factors of risk under varicose disease]. *Vestnik Avitsenny [Avicenna Bulletin]*. 2010;1:115-9.
12. Dijkstra ML, Khin NY, Coroneos JC, Hazelton S, Lane RJ. The effect of pregnancy on venous valve repair to the sapheno-femoral junction for varicose veins. *Obstet Med*. 2014;7(2):84-9. Available from: <http://dx.doi/10.1177/1753495X14522617>.
13. Tsukanov YuT, Vasilevich VV, Tsukanov AYu, Kornienko IF. Klinicheskie i gemodinamicheskie osobennosti varikoznogo rasshireniya ven vul'vy i promezhnosti vo vremya i vne beremennosti [Clinical features and hemodynamics of vulvar and perineal varicosis in pregnant and non-pregnant women]. *Flebologiya [Phlebology]*. 2008;4:27-32.
14. *Akusherstvo: natsional'noe rukovodstvo [Obstetrics: national guideline]*. Pod red. Aylamaziyana EK, Kulakova VI, Radzinskogo VE, Savel'evoy GM. Moscow, RF: GEOTAR-Media; 2007. 1200 p.
15. Tsukanov YuT, Tsukanov AYu, Levdanskiy EG. Porazhenie tazovykh organov pri vtornichnom varikoznom rasshirenii ven malogo taza [Lesion of pelvic organs in secondary varicose veins of the small pelvis]. *Angiologiya i sosudistaya khirurgiya [Angiology and vascular surgery]*. 2015;21(2):94-100.
16. Beznoshchenko GB, Kravchenko EN, Tsukanov YuT, Kropmaer KP, Tsygankova OYu. Varikoznaya bolezn' u beremennykh: osobennosti gestatsionnogo perioda, flebogemodinamika malogo taza i nizhnikh konechnostey [Varicose veins in pregnant women: Specific features of a gestational period, phlebohodynamics of the small pelvis and lower limbs]. *Rossiyskiy vestnik akusher-ginekologa [Russian Bulletin of Obstetrician-Gynecologist]*. 2016; 16(3):4-8.

И СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Маришоева Махина Махмадуллоевна, врач-акушер-гинеколог Городского родильного дома № 2 Управления здравоохранения города Душанбе

Неъматзода Окилджон, к.м.н, ведущий научный сотрудник ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии»

Султанов Джавли Давронович, д.м.н., профессор, заведующий отделом науки ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии», профессор кафедры хирургических болезней № 2 Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибни Сино

Назирова Гулнора Обидовна, врач-акушер-гинеколог Городского родильного дома № 2 Управления здравоохранения города Душанбе

Исматова Умия Субхоновна, врач-акушер-гинеколог Городского родильного дома № 2 Управления здравоохранения города Душанбе

Бобджонова Оксана Бобджоновна, клинический ординатор кафедры акушерства и гинекологии № 2 Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибни Сино

Информация об источнике поддержки в виде грантов, оборудования, лекарственных препаратов

Работа выполнялась в соответствии с планом НИР ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии». Финансовой поддержки со стороны компаний-производителей лекарственных препаратов и медицинского оборудования авторы не получали.

Конфликт интересов: отсутствует.

✉ АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Неъматзода Окилджон
к.м.н, ведущий научный сотрудник, Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии

734003, Республика Таджикистан, г. Душанбе, ул. Санои, 33
Тел.: (+992) 915 250055
E-mail: sadriev_o_n@mail.ru

ВКЛАД АВТОРОВ

Разработка концепции и дизайна исследования: НО
Сбор материала: МММ, ИУС, БОБ
Статистическая обработка данных: НО, МММ
Анализ полученных данных: НО, НГО, СДД
Подготовка текста: НО
Редактирование: НО, СДД
Общая ответственность: НО

Поступила 11.01.2017
Принята в печать 27.04.2017

И AUTHOR INFORMATION

Marizoeva Mahina Mahmaddulloevna, Doctor, the obstetrician-gynecologist of the Local Maternity Hospital № 2 of the Dushanbe City Health Department

Nematzoda Okiljon, Candidate of Medical Sciences, Leading Researcher of the State Institution «Republican Scientific Center for Cardiovascular Surgery»

Sultanov Javli Davronovich, Doctor of Medical Sciences, Full Professor, Head of the Department of Science of State Institution «Republican Scientific Center for Cardiovascular Surgery», Professor of the Department of Surgical Diseases № 2, Avicenna Tajik State Medical University

Nazirova Gulnora Obidovna, Doctor, the obstetrician-gynecologist of the Local Maternity Hospital № 2 of the Dushanbe City Health Department

Ismatova Umiya Subhonovna, Doctor, the obstetrician-gynecologist of the Local Maternity Hospital № 2 of the Dushanbe City Health Department

Bobdzhonova Oksana Bobdzhonovna, The Clinical Resident of the Department of Obstetrics and Gynecology № 2, Avicenna Tajik State Medical University

✉ ADDRESS FOR CORRESPONDENCE:

Nematzoda Okiljon
Candidate of Medical Sciences, Leading Researcher of the State Institution «Republican Scientific Center for Cardiovascular Surgery»

734003, Republic of Tajikistan, Dushanbe, Sanoi street, 33
Tel.: (+992) 915 250055
E-mail: sadriev_o_n@mail.ru

Submitted 11.01.2017
Accepted 27.04.2017