

Клинический случай / Clinical case

Случай из практики: нетипичные проявления вульварного варикоза во время беременности

О.В. Дженина¹, <https://orcid.org/0000-0003-3811-5156>, dzhenina@rambler.ru**В.Ю. Богачев**^{1,2}, <https://orcid.org/0000-0002-3940-0787>, vadim.bogachev63@gmail.com¹ Первый флебологический центр; 117447, Россия, Москва, ул. Дмитрия Ульянова, д. 31² Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова; 117997, Россия, Москва, ул. Островитянова, д. 1**Резюме**

Встречаемость варикозного расширения вен вульвы (ВРВВ) во время беременности составляет от 4 до 22%. Принято считать, что ВРВВ во время беременности протекает в большинстве случаев бессимптомно, поэтому симптомным формам уделяется мало внимания, особенно в случаях, когда ВРВВ имитирует собой образование мягких тканей или сопровождается воспалительными явлениями. В статье представлено два клинических случая нетипичных проявлений вульварного варикоза у беременных. Основными жалобами являлись зуд, чувство жжения и отек вульвы, изменение объема выделений из половых органов, что первоначально было расценено как проявления кандидозного вульвовагинита, в т. ч. в сочетании с бактериальным вагинозом. Но местная и системная терапия натамицином в первом случае и неоднократные курсы местной терапии комбинацией неомидина, тернидазола и нистатина с одновременным системным применением метронидазола во втором случае не купировала симптомы. При осмотре у обеих беременных было выявлено ВРВВ. Проведение флеботропной терапии диосмином 600 мг привело к снижению выраженности зуда, уменьшению отека, исчезновению жжения. Негативного влияния диосмина на течение беременности и родов, здоровье новорожденных отмечено не было. Представленные случаи наглядно демонстрируют влияние нетипичной симптоматики ВРВВ на гипердиагностику инфекционно-воспалительных заболеваний вульвы, связанный с этим неадекватный выбор медикаментозной терапии, что в результате приводит к сохранению жалоб, снижению качества жизни беременной и увеличивает риск побочных и нежелательных явлений в процессе лечения. Целесообразно учитывать вероятность вклада ВРВВ при появлении у беременных жалоб на зуд и жжение, отек вульвы, особенно при отсутствии лабораторного подтверждения вагинального кандидоза и/или бактериального вагиноза и упорно рецидивирующей симптоматики на фоне антимикотической, антибактериальной и противовоспалительной терапии. Представляется перспективным использование диосмина в качестве пробной терапии при высокой вероятности венозного генеза подобных симптомов.

Ключевые слова: гипердиагностика, инфекционно-воспалительные заболевания вульвы, антимикотическая терапия, антибактериальная терапия, противовоспалительная терапия, флеботропная терапия, диосмин

Для цитирования: Дженина ОВ, Богачев ВЮ. Случай из практики: нетипичные проявления вульварного варикоза во время беременности. *Амбулаторная хирургия*. 2024;21(2):201–206. <https://doi.org/10.21518/akh2024-046>.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Atypical manifestations of vulvar varicose veins during pregnancy: A case report

Olga V. Dzenina¹, <https://orcid.org/0000-0003-3811-5156>, dzhenina@rambler.ru**Vadim Yu. Bogachev**^{1,2}, <https://orcid.org/0000-0002-3940-0787>, vadim.bogachev63@gmail.com¹ First Phlebological Center; 31, Dmitry Ulyanov St., Moscow, 117447, Russia² Pirogov Russian National Research Medical University; 1, Ostrovityanov St., Moscow, 117997, Russia**Abstract**

During pregnancy, the rate of vulvar varicose veins (VVs) is 4 to 22%. It is commonly believed that VVs is mostly asymptomatic during pregnancy in the prevailing majority of cases, that's why little attention is paid to the symptomatic forms, especially in cases where VVs mimic the soft tissue formation or are accompanied by inflammatory events. The article presents two clinical cases of atypical manifestations of VVs in pregnant women. The key complaints included itching, burning sensation and swelling in the vulva, changes in the volume of vaginal discharge, which were initially considered as manifestations of vulvovaginal candidiasis (VVC) and combined with bacterial vaginosis. However, the symptoms were not relieved after local and systemic therapy with natamycin in the first case and repeated courses of local therapy with neomycin combined with ternidazole and nystatin accompanied by the systemic use of metronidazole in the second case. The examination findings showed VVs in both pregnant women. The use of phlebotropic therapy with diosmin 600 mg resulted in a reduction in itching severity, a decrease in swelling, and disappearance of burning sensation. No negative effects of diosmin on the course of pregnancy and childbirth, or the well-being of newborns were observed. Both cases clearly demonstrate the impact of atypical VV symptoms on the overdiagnosis of infectious and inflammatory diseases of the vulva, and inadequate choice of pharmacological therapy associated with that, ultimately leading to the persistence of complaints, decreased quality of life in pregnant woman and increased risk of

side and adverse effects during treatment. It seems appropriate to consider the probability of contribution of VVVs when pregnant women complain about itching, burning sensation and swelling of the vulva, especially in the absence of positive laboratory results of vaginal candidiasis and/or bacterial vaginosis and in the presence of persistently recurring symptoms on antifungal, antibacterial and anti-inflammatory therapy. The use of diosmin as a trial therapy appears promising if there is a high probability that such symptoms originate from venous diseases.

Keywords: overdiagnosis, infectious and inflammatory diseases of the vulva, antifungal therapy, antibacterial therapy, anti-inflammatory therapy, phlebotropic therapy, diosmin

For citation: Dzhennina OV, Bogachev VYu. Atypical manifestations of vulvar varicose veins during pregnancy: A case report. *Ambulatornaya Khirurgiya*. 2024;21(2):201–206. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/akh2024-046>.

Conflict of interest: the authors declare no conflict of interest.

ВВЕДЕНИЕ

Встречаемость варикозного расширения вен вульвы (ВРВВ) во время беременности до конца не определена и, по данным разных авторов, составляет от 4 до 22%. Однако существует вероятность, что итоговая распространенность данного патологического состояния может быть значительно выше, т. к. часть женщин не обращается за медицинской помощью при бессимптомном течении или же скрывает появление жалоб из-за социокультурных и религиозных особенностей [1–5].

Основными гестационными предпосылками для развития ВРВВ выступают эндотелиальная дисфункция и деградация коллагено-эластинового каркаса венозной стенки под влиянием изменяющегося гормонального фона и повышение интравенозного давления в результате увеличения объема циркулирующей крови, повышение внутрибрюшного давления и компрессии вен таза растущей маткой. Также в качестве возможных предпосылок к формированию вульварного варикоза можно рассматривать малое количество клапанов в тазовых венах, что способствует обратному току крови [6–14].

Принято считать, что ВРВВ во время беременности протекает в большинстве случаев бессимптомно и в послеродовом периоде у 92–94% женщин полностью регрессирует. И в публикациях основное внимание направлено на обсуждение риска кровотечения из расширенных вульварных вен при вагинальных родах и, соответственно, на проблемы выбора оптимальной тактики родоразрешения [8, 15–17]. При этом очень мало внимания уделяется симптомным формам варикозного расширения вульварных вен, особенно в случаях, когда превалируют не типичные венозные симптомы, а ВРВВ имитирует собой образование мягких тканей или сопровождается воспалительными явлениями. Два представленных ниже клинических случая иллюстрируют, как за счет вульварного зуда ВРВВ может имитировать под генитальный кандидоз.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 1

Пациентка М., 37 лет, беременность I, наступила самостоятельно, протекала без особенностей до 30-й нед. У женщины хронической соматической патологии нет, индекс массы тела составлял 26,1 кг/м² на момент наступления беременности.

На сроке 30 нед. пациентка отметила появление умеренного зуда в области половых губ, увеличение половых губ в объеме, появление густых белых выделений из половых путей без запаха. Сразу после появления жалоб к акушеру-гинекологу женщина не обращалась, расценила ситуацию как генитальный кандидоз и начала самостоятельное лечение – натамицин в виде вагинальных суппозиториях 1 раз в сутки. Через 5 дней от начала самолечения пациентка посетила женскую консультацию с плановым визитом, на котором своему лечащему врачу указала на появление вышеуказанных жалоб и малую эффективность местной терапии. Акушером-гинекологом было рекомендовано продолжить использование суппозиториях с натамицином и дополнительно натамицин перорально 100 мг по 4 раза в сутки в течение 7 дней. Также был взят материал для микроскопического исследования отделяемого мочеполювых органов, при этом при взятии мазка врач отметила наличие расширенных вен на больших половых губах.

При повторном визите в женскую консультацию на сроке 31–32 нед. пациентка отметила сохранение жалоб на фоне проводимого лечения, при этом по результатам микроскопии мазка лабораторного подтверждения кандидоза не получено. Акушером-гинекологом заподозрена связь жалоб с вульварным варикозом, в связи с чем была рекомендована консультация флеболога.

В Первый флебологический центр пациентка М. впервые обратилась на сроке беременности 33–34 нед. При первом обращении основная жалоба – на длительно существующий умеренный зуд в области половых губ, который усиливается к концу дня и после длительной ходьбы, с максимальной интенсивностью

5 баллов по 11-балльной числовой рейтинговой шкале (Numerical Rating Scale, NRS-11), периодический, преимущественно появляющийся к концу дня, отек половых губ, а также увеличение объема выделений белого цвета без запаха из половых путей. При осмотре определялись безболезненные, полностью сжимаемые при пальпации извитые и расширенные вены на большой и малой половой губе справа, большой половой губе слева, отек больших и малых половых губ. При ультразвуковом ангиосканировании (УЗАС) был выявлен пельвиоперинеальный рефлюкс, проходимость вульварных вен была сохранена. По результатам осмотра и УЗАС диагностировано варикозное расширение вульварных вен с симптомным (учитывая предварительное исключение по результатам микроскопии кандидозного вульвита как конкурирующего диагноза) вариантом течения. В рамках коррекции субъективных проявлений ВРВВ пациентке было рекомендовано проведение системной веноактивной терапии – диосмин 600 мг/сут (Флебодиа 600, производство Лаборатория Иннотера, Франция) в течение 8 нед. (по сути, до родоразрешения) с промежуточной оценкой эффективности терапии через 3–4 нед.

При осмотре на сроке беременности 37 нед.: отека вульвы нет, при этом объем варикозной трансформации вульварных вен увеличился. Пациентка проведенным лечением удовлетворена – на фоне приема диосмина по 600 мг/сут отмечала уменьшение выраженности зуда до 2–3 баллов по NRS-11, урежение частоты зуда, исчезновение отека вульвы. По результатам повторного осмотра пациентке было рекомендовано продолжить системную веноактивную терапию без замены препарата и изменения суточной дозы вплоть до родоразрешения.

На сроке 41 нед. произошли неосложненные вагинальные роды, ВРВВ полностью регрессировали в течение первых 2 нед. послеродового периода. На момент подготовки публикации ребенок жив, здоров и его развитие соответствует возрасту; венозных жалоб у женщины нет.

● КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 2

Пациентка С., 29 лет, беременность II (паритет родов 1), наступила самостоятельно, в I триместре протекала с умеренным токсикозом (рвота до 2–3 раз в сутки). Течение II триместра осложнилось истмико-цервикальной недостаточностью, в связи с чем на сроке 19 нед. был проведен цервикальный серкляж. Сопутствующая патология – синдром Жильбера, ожирение 1-й степени, индекс массы тела на момент наступления беременности составил 33,1 кг/м².

На сроке 22–23 нед. пациентка отметила появление сильного зуда и жжения в области половых губ, влагалища, появление обильных серо-белых выделений с неприятным запахом из половых путей, в связи с чем сразу обратилась к лечащему акушеру-гинекологу. Проведен тест «Фемофлор», микроскопия отделяемого из половых путей. Акушером-гинекологом диагностирован бактериальный вагиноз в комбинации с кандидозным вульвовагинитом, назначена местная терапия комбинацией неомидина, тернидазола и нистатина. Через 10 дней терапии пациентка отметила изменение цвета выделений на белые, исчезновение неприятного запаха и уменьшение чувства жжения в области вульвы при сохранении уровня зуда, на фоне чего завершила использование вагинальных таблеток.

На сроке 25–26 нед. пациентка С. отметила увеличение интенсивности зуда и жжения в области вульвы, появление ассиметрии половых губ за счет выраженного отека большой и малой половой губы слева. При повторной оценке мазка, теста «Фемофлор» отклонений, соответствующих вагинозу и кандидозной инфекции, выявлено не было, но в связи с сохранением и прогрессированием симптоматики акушером-гинекологом было принято решение о проведении повторного курса местной терапии, в т. ч. в комбинации с системной терапией метронидазолом. В совокупности к 34-й нед. беременности пациентка прошла еще два курса терапии: вагинальные таблетки с комбинацией антибиотиков и антимикотика в течение 20 дней + метронидазол 750 мг/сут в течение 10 дней – без достижения эффекта.

На 34-й нед. при плановом ультразвуковом исследовании было отмечено расширение вен параметрия слева до 18 мм, в связи с чем пациентка самостоятельно обратилась за консультацией к флебологу. При первом осмотре в Первом флебологическом центре: левые большая и малая половые губы резко отечны и цианотичны, расширенные вульварные вены визуально не выявлены, однако при пальпации в толще отечной большой половой губы было определено частично сжимаемое эластичное, болезненное, округлое образование. Также при осмотре и пальпации определяется эластичное слабоболлезненное округлой формы образование в левой паховой области. При УЗАС были визуализированы: варикозная трансформация вены круглой связки матки слева с увеличением диаметра до 13 мм, пельвиоперинеальный рефлюкс с расширением вульварных вен слева до 6 мм.

По результатам осмотра и ультразвукового исследования (в том числе УЗИ плода), а также принимая во внимание результаты лабораторной диагностики в динамике,

неэффективность противокандидозной терапии, диагностирована варикозная болезнь малого таза, в т. ч. с расширением вульварных вен и вены круглой связки матки, атипичная симптомная форма. Для уменьшения зуда, жжения и отека была рекомендована системная веноактивная терапия с помощью диосмина. Причем, учитывая выраженность симптоматики, срок беременности, ожидаемое снятие швов с шейки матки после 36 нед. беременности и возможно скорое после этого родоразрешение, было принято решение использовать высокие инициальные дозы диосмина по аналогии с лечением острого геморроя: в течение первых 4 дней терапии – диосмин 600 (Флебодиа 600) по 3 таблетки в сутки, затем в течение 3 дней – по 2 таблетки в сутки, и в дальнейшем прием по 1 таблетке в сутки на протяжении всей оставшейся беременности, вплоть до родоразрешения.

При контрольном визите через 10 дней, в 36 нед. беременности, пациентка отмечает уменьшение интенсивности зуда и жжения с 8 до 5 баллов по NRS-11. При осмотре выраженность отека половых губ слева и асимметрия вульвы значительно уменьшились, кожные покровы нецианотичны, естественной окраски, визуально определяются варикозно расширенные вены половых губ, сохраняется визуализация варикозной трансформации вен круглой связки матки слева (рисунки). При пальпации сохраняются округлые эластичные образования в левой паховой области и в толще большой половой губы слева, эластичной консистенции, частично сжимаемые и слабоболезненные. При контрольном УЗАС отрицательной динамики выявлено не было: дополнительного увеличения диаметров вульварных вен и вены круглой связки матки нет, их проходимость сохранена. По результатам повторного осмотра были оставлены рекомендации по приему диосмина 600 мг/сут на протяжении всей оставшейся беременности без дополнительной коррекции суточной дозы.

Родоразрешение проведено на сроке 39 нед. путем операции кесарева сечения, выбор оперативного родоразрешения был обусловлен акушерской ситуацией (слабость родовой деятельности). Ребенок жив, здоров, на момент публикации его развитие соответствует возрасту. В послеродовом периоде в течение 10 дней проводилась антикоагулянтная профилактика послеродового венозного тромбоза согласно рекомендациям Российского общества акушеров-гинекологов [18]. Объем ВРВВ прогрессивно уменьшался в течение 3 мес. после родоразрешения, однако варикозная трансформация полностью не исчезла. На момент публикации сохраняется бессимптомный резидуальный вульварный варикоз, пациентка настроена на его хирургическое удаление после завершения лактации.

Рисунок. Варикозно расширенные вены половых губ

Figure. Varicosities of the labia



ОБСУЖДЕНИЕ

Клиническими проявлениями при симптомной форме ВРВВ принято считать боль, чувство тяжести и распирания в области вульвы, отек половых губ [19]. В качестве редкого симптома может выступать зуд в области вульвы, о котором упоминают единичные публикации [20, 21]. В практической же деятельности зуд, изолированный или в сочетании с отеком половых губ, может смещать фокус врачебного внимания на поиск инфекционно-воспалительных причин и затруднять выбор оптимального лекарственного сопровождения для купирования жалоб и улучшения качества жизни беременной. Нестандартное течение вульварного варикоза может привести к избыточной лекарственной нагрузке, в т. ч. с неоправданным использованием антимикотиков и антибиотиков. Поэтому следует проявлять настороженность в отношении даже нетипичных симптомов со стороны промежности, вульвы у женщин с анамнезом хронических заболеваний вен или наличием дополнительных факторов риска развития варикозного расширения – повторная беременность, многоплодная беременность, семейный анамнез варикозной болезни и т. д. Но даже при диагностике ВРВВ с атипичной симптомной формой проблема консервативного, фармакологического лечения до конца не решена, т. к. крайне мало исследований высокого качества, посвященных нюансам веноактивной терапии во время беременности. В настоящее время основным исследованием, демонстрирующим безопасность ряда флеботоников, является французское национальное эпидемиологическое исследование EFEMERIS, в рамках которого оценивалось потенциальное прямое и косвенное влияние большого спектра фармацевтических препаратов на развитие плода (оценка эмбрио-, фетотоксичности, тератогенности), течение и исходы беременности, постнатальную заболеваемость [22]. Из флеботоников в исследовании учитывались диосмин, гесперидин

и троксерутин, которые были назначены 8 988 беременным (причиной назначения послужила варикозная болезнь в 75% случаев и геморрой – в 25% случаев), в т. ч. на ранних сроках и несколькими курсами на протяжении беременности. Результаты EFEMERIS показали отсутствие негативного влияния данных венотоников на развитие плода и уровень постнатальной заболеваемости, течение и исход беременности по сравнению с контрольной группой (27 962 беременные, которые не принимали флеботропные препараты).

Но столь же крупных исследований, направленных на оценку эффективности венотонической терапии при варикозной болезни вен малого таза, ВРБВ, нет. В настоящее время имеется одно рандомизированное исследование с оценкой эффективности применения диосмина 600 мг (Флебодиа 600, Лаборатория Иннотера, Франция) у беременных с варикозным расширением вен малого таза. Остальные публикации представлены наблюдательными исследованиями, в т. ч. наш собственный опыт эффективного применения диосмина 600 мг в рамках симптоматической терапии болевой формы ВРБВ во время беременности [4, 23, 24]. Проект клинических рекомендаций Ассоциации флебологов России по варикозному расширению вен таза и вульвы в связи с малым объемом доказательной базы рекомендует ограничивать применение разрешенных веноактивных препаратов только III триместром беременности [19]. Что касается настоящих клинических примеров, выбор венотоника был основан на результатах вышеуказанных исследований, а также на основе актуальной инструкции к препарату Флебодиа 600, позволяющей применение данного веноактивного препарата во время беременности.

● ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Целью публикации является привлечение внимания хирургов, флебологов и специалистов смежных специальностей к проблеме варикозного расширения вульварных вен и разнообразию его клинических проявлений. Представленные случаи наглядно демонстрируют влияние нетипичной симптоматики ВРБВ на гипердиагностику инфекционно-воспалительных заболеваний вульвы, связанный с этим неадекватный выбор и объем медикаментозной терапии, что в результате приводит к сохранению и прогрессированию жалоб, снижает качество жизни беременной и увеличивает риск побочных и нежелательных явлений в процессе лечения. Целесообразно учитывать вероятность вклада вульварного варикоза при появлении во время беременности жалоб на отек, зуд и жжение в области вульвы, особенно при отсутствии лабораторного подтверждения вагинального кандидоза, бактериального вагиноза или упорно рецидивирующей симптоматики на фоне стандартной антимикотической, антибактериальной и противовоспалительной терапии. Следует оценивать факторы риска развития ВРБВ во время беременности, в т. ч. паритет родов, варикозное расширение вен малого таза, наличие хронических заболеваний вен нижних конечностей, высокий индекс массы тела, семейный анамнез варикозной болезни. Также представляется перспективным использование диосминсодержащих венотоников, в частности диосмина 600 мг, в качестве пробной терапии при высокой вероятности венозного генеза подобных симптомов.

Поступила / Received 12.10.2024

Поступила после рецензирования / Revised 26.10.2024

Принята в печать / Accepted 06.11.2024

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ / REFERENCES

1. Risner V, McColgan Y, Salazar G. Interventional Treatment of Labial Varices. *Semin Intervent Radiol*. 2023;40(4):384–388. <https://doi.org/10.1055/s-0043-1771040>.
2. Bell D, Kane PB, Liang S, Conway C, Tornos C. Vulvar varices: an uncommon entity in surgical pathology. *Int J Gynecol Pathol*. 2007;26(1):99–101. <https://doi.org/10.1097/01.pgp.0000215304.62771.19>.
3. Kim JH, Lee HL. A case of vaginal varix during pregnancy. *Korean J Obstet Gynecol*. 2012;55(1):29–32. <https://doi.org/10.5468/KJOG.2012.55.1.29>.
4. Gavrilov SG. Vulvar varicosities: diagnosis, treatment, and prevention. *Int J Womens Health*. 2017;9:463–475. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S126165>.
5. Гаврилов СГ, Москаленко ЕП, Каралкин АВ, Янина АМ, Беляева ЕС. Вульварный варикоз: диагностика, лечение, профилактика. *Анналы хирургии*. 2014;(4):33–46. Режим доступа: <https://med-click.ru/uploads/files/docs/vulvarnyy-varikoz-diagnostika-lechenie-profilaktika.pdf>.
Gavrilov SG, Moskalenko EP, Karalkin AV, Yanina AM, Belyaeva ES. Vulvar varicose: diagnosis, treatment, prevention. *Russian Journal of Surger*. 2014;(4):33–46. (In Russ.) Available at: <https://med-click.ru/uploads/files/docs/vulvarnyy-varikoz-diagnostika-lechenie-profilaktika.pdf>.
6. Fassiadis N. Treatment for pelvic congestion syndrome causing pelvic and vulvar varices. *Int Angiol*. 2006;25(1):1–3. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16520716/>.
7. Beebe-Dimmer JL, Pfeifer JR, Engle JS, Schottenfeld D. The epidemiology of chronic venous insufficiency and varicose veins. *Ann Epidemiol*. 2005;15(3):175–184. <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2004.05.015>.
8. Giannella L, Montanari M, Delli Carpini G, Di Giuseppe J, Ciavattini A. Huge vulvar varicosities in pregnancy: case report and systematic review. *J Int Med Res*. 2022;50(5):3000605221097764. <https://doi.org/10.1177/03000605221097764>.

9. Phillips D, Deipolyi AR, Hesketh RL, Midia M, Oklu R. Pelvic congestion syndrome: etiology of pain, diagnosis, and clinical management. *J Vasc Interv Radiol*. 2014;25(5):725–733. <https://doi.org/10.1016/j.jvir.2014.01.030>.
10. O'Brien MT, Gillespie DL. Diagnosis and treatment of the pelvic congestion syndrome. *J Vasc Surg Venous Lymphat Disord*. 2015;3(1):96–106. <https://doi.org/10.1016/j.jvsv.2014.05.007>.
11. Borghi C, Dell'Atti L. Pelvic congestion syndrome: the current state of the literature. *Arch Gynecol Obstet*. 2016;293(2):291–301. <https://doi.org/10.1007/s00404-015-3895-7>.
12. Park SJ, Lim JW, Ko YT, Lee DH, Yoon Y, Oh JH et al. Diagnosis of pelvic congestion syndrome using transabdominal and transvaginal sonography. *AJR*. 2004;182(3):683–688. <https://doi.org/10.2214/ajr.182.3.1820683>.
13. Langeron P. Pelvique venouse stasise (varicocele): hemodinamique, pathogenetique et clinique problemes. *Phlebology. Annal Vascul*. 2002;2:155–159.
14. Хрыщанович ВЯ, Скобелева НЯ. Медицинская профилактика и лечение беременных с варикозной болезнью. *Российский вестник акушера-гинеколога*. 2021;21(4):27–34. <https://doi.org/10.17116/rosakush20212104127>.
Khryshchanovich VYa, Skobeleva NYa. Medical prevention and management of varicose vein disease during pregnancy. *Russian Bulletin of Obstetrician-Gynecologist*. 2021;21(4):27–34. (In Russ.) <https://doi.org/10.17116/rosakush20212104127>.
15. Papoutsis D, Haefner HK. A case of extensive varicosities of the vulva in a term pregnancy. *Hippokratia*. 2015;19(4):376. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27703315/>.
16. Furuta N, Kondoh E, Yamada S, Kawasaki K, Ueda A, Mogami H et al. Vaginal delivery in the presence of huge vulvar varicosities: a case report with MRI evaluation. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2013;167:127–131. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2012.11.024>.
17. Kikuchi N, Ohira S, Asaka R, Takatsu A, Kobara H, Ando H et al. A case of vaginal varices that caused massive bleeding after vaginal delivery. *Shinshu Med J*. 2016;64(1):35–39. <https://doi.org/10.11441/shinshumedj.64.35>.
18. Шмаков РГ, Пырегов АВ, Вавилова ТВ, Адамян ЛВ, Андреева МД, Артымук НВ и др. Венозные осложнения во время беременности и в послеродовом периоде. *Акушерская тромбоземболия: клинические рекомендации*. 2021. 84 с. Режим доступа: https://roag-portal.ru/recommendations_obstetrics.
19. Анханова ТВ, Ахметзянов РВ, Бредихин РА, Буренчев ДВ, Гаврилов СГ, Ефремова ОИ и др. Варикозное расширение вен таза и вульвы у женщин: клинические рекомендации. 2024. Режим доступа: <https://phlebounion.ru/recommendations#header-71>.
20. Sueyoshi M, Clevenger S, Hart E. Large Vaginal Varicosities in the Setting of Pregnancy without Known Hepatic or Vascular Risks: A Case Report and Review of the Literature. *Case Rep Obstet Gynecol*. 2018;2018:2394695. <https://doi.org/10.1155/2018/2394695>.
21. Jindal S, Dedhia A, Tambe S, Jerajani H. Vulvovaginal varicosities: An uncommon sight in a dermatology clinic. *Indian J Dermatol*. 2014;59(2):210. <https://doi.org/10.4103/0019-5154.127757>.
22. Lacroix I, Beau AB, Hurault-Delarue C. First epidemiological data for venotonics in pregnancy from the EFEMERIS database. *Phlebology*. 2016;31(5):344–348. <https://doi.org/10.1177/0268355515589679>.
23. Шибельгут НМ, Баскакова ТБ, Захаров ИС, Мозес ВГ. Эффективность диосмина 600 мг при проведении профилактики прогрессивного течения варикозной болезни вен малого таза у беременных: результаты простого слепого рандомизированного плацебо-контролируемого исследования. *Российский вестник акушера-гинеколога*. 2010;10(3):26–31. Режим доступа: <https://www.mediasphera.ru/issues/rossijskij-vestnik-akushera-ginekologa/2010/3/031726-6122201036>.
Shibelfgut NM, Baskakova TB, Zakharov IS, Mozes VG. Efficacy of Diosmin 600 mg in the prevention of progressive varicose vein disease in the small pelvis in pregnant women: results of a simple-blind randomized placebo-controlled study. *Russian Bulletin of Obstetrician-Gynecologist*. 2010;10(3):26–31. (In Russ.) Available at: <https://www.mediasphera.ru/issues/rossijskij-vestnik-akushera-ginekologa/2010/3/031726-6122201036>.
24. Дженина ОВ, Богачев ВЮ, Лобанов ВН, Боданская АЛ. Симптоматическая терапия вульварного и промежностного варикоза у беременных. *Российский вестник акушера-гинеколога*. 2018;18(5):82–87. <https://doi.org/10.17116/rosakush20181805182>.
Dzhenina OV, Bogachev VYu, Lobanov VN, Bodanskaya AL. Symptomatic therapy for vulvar and perineal varicosities in pregnant women. *Russian Bulletin of Obstetrician-Gynecologist*. 2018;18(5):82–87. (In Russ.) <https://doi.org/10.17116/rosakush20181805182>.

Согласие пациентов на публикацию: пациенты подписали информированное согласие на публикацию своих данных.
Basic patient privacy consent: patient signed informed consent regarding publishing their data.

Информация об авторах:

Дженина Ольга Вадимовна, к.м.н., врач-флеболог, Первый флебологический центр; 117447, Россия, Москва, ул. Дмитрия Ульянова, д. 31; dzhenina@rambler.ru

Богачев Вадим Юрьевич, д.м.н., хирург-флеболог, Первый флебологический центр; 117447, Россия, Москва, ул. Дмитрия Ульянова, д. 31; профессор кафедры факультетской хирургии №2, Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова; vadim.bogachev63@gmail.com

Information about the author:

Olga V. Dzhenina, Cand. Sci. (Med.), Phlebologist, First Phlebological Center; 31, Dmitry Ulyanov St., Moscow, 117447, Russia; dzhenina@rambler.ru

Vadim Yu. Bogachev, Dr. Sci. (Med.), Scientific Supervisor, First Phlebological Center; 31, Dmitry Ulyanov St., Moscow, 117447, Russia; Professor of the Department of Faculty Surgery No. 2, Pirogov Russian National Research Medical University; 1, Ostrovityanov St., Moscow, 117997, Russia; vadim.bogachev63@gmail.com