

УДК 618.134

С.В. Вerezгова, Е.Б. Троиц

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ МЕТОДОВ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ МАЛОГО ТАЗА

*Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова, 191015,
ул. Кирочная, 41, тел. 8-(812)-303-50-00, e-mail: rectorat@szgmu.ru, г. Санкт-Петербург*

Резюме

В статье проанализированы данные о клинической эффективности эндоваскулярных методов лечения 61 пациентки с конгестивным синдромом. Основанием для включения в исследование были результаты ультразвукового и доплерографического исследования, с применением пробы Вальсальвы. Для подтверждения диагноза и как этап эндоваскулярного лечения проводили тазовую флебографию. Всем пациенткам была проведена процедура селективной эмболизации вен малого таза по комбинированной методике, с последующим длительным периодом наблюдения. Клиническую эффективность метода оценивали по изменению уровня боли в соответствии с Визуальной Аналоговой Шкалой боли, показателям репродуктивного здоровья и наличию органоуносящих вмешательств в послеоперационном периоде.

Ключевые слова: варикозное расширение вен малого таза, тазовый конгестивный синдром, хроническая тазовая боль, эмболизация овариальных вен.

S.V. Verezgova, E.B. Troik

THE USE OF ENDOVASCULAR TECHNIQUES FOR THE DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF VARICOSE VEINS OF PELVIC CONGESTION SYNDROME

North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov, Saint-Petersburg

Summary

The article presents data on clinical efficacy of endovascular methods of treatment of 61 patients with congestive syndrome. The basis for inclusion in the study was the result of ultrasound and Doppler studies, using the Valsalva maneuver. To confirm the diagnosis and the stage of endovascular treatment venography was performed. All the patients underwent selective ovarian vein embolization by the combined method with follow-up period. Clinical efficacy of embolization was assessed by the change in pain levels according to Visual Analog pain Scale, reproductive health indicators and the availability of surgical interventions in the postoperative period.

Key words: pelvic congestion syndrome; pelvic varicocele; chronic pelvic pain, ovarian veins embolization.

Варикозная болезнь малого таза или тазовый конгестивный синдром – трудно диагностируемое патологическое состояние, частота которого варьирует от 5,4 до 80 % [1, 2, 3, 6, 10]. Венозная конгестия связана с особенностями прямохождения и присуща только человеку, когда больший объем крови находится ниже уровня сердца. Хроническая тазовая боль более 6 месяцев, не зависящая от менструального цикла, диспареуния и дисменорея – основные симптомы конгестивного синдрома. Однако тазовое варикоцеле, протекая бессимптомно, может быть и случайной находкой при ультразвуковом исследовании, магнитно-резонансной томографии или лапароскопии [4, 8, 9].

Факторами, которые определяют возникновение варикозной болезни малого таза с клиническими симптомами, являются рефлюкс по гонадным венам, ретроградный ток крови и турбулентность кровотока [11]. Качественная оценка болевого статуса до и после вмешательства согласно рекомендациям Американского Общества Интервенционной Радиологии (SIR) позволяет предопределить успех или отсутствие эффекта от лечения. Для оценки был предложен опросник на основании визуальной аналоговой шкалы (ВАШ) [5].

Существует много инструментальных методов исследования сосудистой системы. Согласно алгоритму диагностики тазового конгестивного синдро-

ма основными методами являются ультразвуковое и доплерографическое исследования тазовых сосудов с проведением пробы Вальсальва. При наличии данных, указывающих на несостоятельность вен, в дальнейший поиск рекомендуют включать флебографию с последующей эмболизацией пораженных сосудов. При отсутствии – продолжить диагностику с помощью магнитно-резонансной ангиографии или компьютерной томографии [7]. В последние годы для лечения тазового конгестивного синдрома все чаще используется селективная и суперселективная эмболизация тазовых вен, эффективно купируя клинические симптомы.

Целью нашего исследования была оценка клинической эффективности эмболизации тазовых вен при лечении конгестивного синдрома у женщин.

Материалы и методы

На базе Ленинградской областной клинической больницы в период с 2001 по 2014 годы были отобраны для исследования 61 пациентка с тазовым конгестивным синдромом, которым была проведена эмболизация овариальных вен. Показанием к диагностической флебографии и лечебной эмболизации овариальных вен были клинические проявления в виде тазового болевого синдрома, диспареунии, дисменореи, а также ультразвуковые и лапароскопические данные. Ультразвуковыми показаниями к последующей инвазивной диагностике были варикозно расширенные овариальные вены более 5 мм по данным ультразвукового исследования, с положительной пробой Вальсальва.

Характеристики пациенток представлены в таблице.

Таблица

Характеристика пациенток, включенных в исследование

Параметр	Абсолютное число (%)
Средний возраст пациенток	34,6 (21-64)
Количество беременностей в анамнезе	4 (0-10)
Количество родов в анамнезе	1,55 (0-3)
Количество пациенток с отсутствием беременностей/родов	1
Тазовый болевой синдром более 6 месяцев	59 (96,7 %)
Диспареуния	42 (68 %)
Нарушения менструального цикла	31 (50,8 %)
Варикозное расширение вен промежности	2 (3,2 %)

Флебография таза выполнялась для оценки анатомии сосудистого русла, выявления рефлюкса и степени дилатации тазовых вен. Флебография использовалась в нашем исследовании как уточняющий диагностический метод и как этап внутрисосудистого лечения.

Эндоваскулярные исследования и транскатетерная окклюзия овариальных вен осуществлялись под местной анестезией 1,0 % раствором лидокаина объемом до 8,0 мл. Процедуры выполнялись по методике Seldinger черезъяремным доступом в 57 случаях и черезбедренным – у 4 пациенток. При обоих вариантах доступа устанавливался интродьюсер 6,0 F. Для селективной катетеризации и флебографии таза использовался

широкий спектр катетеров различных форм («Cook» США, Европа; «Cordis»). Для предупреждения тромбообразования производилось внутривенное введение 3000 ЕД гепарина. Для диагностического и лечебного этапов, а также контроля использовались неионные рентгеноконтрастные средства с содержанием атомарного йода не меньше 300 мг на 1 мл (Omnipaque 300,0 и 350,0; Ultravist 370,0) в разведении с физиологическим раствором.

В исследовании для окклюзии тазовых венозных ветвей использовали комбинированную методику эмболизации. В качестве эмболизирующих агентов использовались металлические спирали различной конфигурации, в том числе спирали типа «спайдер» и «спайдер-голд» (до 2002 года). Жидкие склерозанты в виде растворов 96 % этилового спирта и 40 % глюкозы использовали для дополнительного эффекта. Комбинированная методика предусматривает дистальное введение спиралей и склерозирующего вещества до окклюзии тазовых ветвей овариальных вен. Спираль уменьшает скорость кровотока в яичниковых венах и вероятность миграции склерозанта в непредусмотренные эмболизацией сосуды. После введения склерозанта в течение 5 минут происходит денатурация белка и местный тромбоз. Завершающий этап – установка спиралей на уровне L4-L5. Полная окклюзия и прекращение кровотока по тазовым венам в виде задержки рентгеноконтрастного препарата в их проксимальных отделах регистрировалась при контрольных флебограммах таза и/или обеих внутренних подвздошных вен после завершения эмболизации.

Для оценки эффективности проведенного лечения использовались визуальные аналоговые шкалы (ВАШ), а также оценка пациентами характера изменений клинических симптомов (диспареунии, дисменореи). Также мы учитывали количество органоуносящих операций, показатели репродуктивного здоровья женщин (беременности, роды, аборт) в послеоперационном периоде.

Результаты и обсуждение

Технически успешной эмболизация тазовых вен была во всех 61 случаях. Большинству пациенток требовалось проведение двусторонней эмболизации ввиду билатерального овариоцеле, в том числе и двум пациенткам с варикозным расширением вен промежности. Одной пациентке через 12 месяцев была выполнена повторная процедура эмболизации овариальных вен в связи с рецидивом билатерального овариоцеле и развитием мощного коллатерального кровотока в обход ранее эмболизированных ветвей. Одной пациентке через 33 месяца, в связи с появлением чувства тяжести внизу живота и тазовых болей, была проведена повторная флебография. Данных свидетельствующих о рецидиве овариоцеле не получено. На флебограммах определялась достаточная функция клапанов вен без признаков ретроградного кровотока. Осложнений после процедуры в нашем исследовании зафиксировано не было.

В результате проведения эндоваскулярной процедуры хроническая тазовая боль по ВАШ значительно уменьшается, в среднем с 7,06 до 1,72 ($p=0,0000001$).

В исследовании также оценивали количество проведенных органосохраняющих операций в отдаленные периоды после эмболизации, в сроки от 1 до 10 лет. К органосохраняющим операциям мы отнесли гистерэктомию, аднексэктомию, надвлагалищную ампутацию матки с придатками и без придатков.

Оперативные вмешательства были проведены 6 (9,8 %) пациенткам. У этих пациенток до процедуры эмболизации были выявлены начальные стадии эндометриоза. Показаниями к оперативным вмешательствам были возобновление болевого синдрома, увеличение размеров матки в связи с прогрессированием эндометриоза, дисфункциональные маточные кровотечения и образования придатков матки.

После проведения эндоваскулярного лечения у пациенток оценивали показатели репродуктивного здоровья, а именно беременности и роды в отдаленный период после процедуры (от 1 до 10 лет).

32 случая беременности были у 22 пациенток, 12 родов – у 12, 15 аборт – у 12 пациенток, 5 выкидышей – у 3, из них у одной – 3 выкидыша.

Проведенное нами исследование продемонстрировало значимый технический успех, безопасность,

клиническую эффективность и отсутствие влияния на репродуктивные показатели здоровья женщины эндоваскулярного метода при лечении тазового конгестивного синдрома. Эндометриозная болезнь, обнаруженная при проведении обследования в связи с болевым синдромом и сочетающаяся с тазовым конгестивным синдромом, может потребовать дополнительных методов лечения, вплоть до оперативного вмешательства, несмотря на эффект после эндоваскулярного лечения в виде уменьшения интенсивности болевого синдрома.

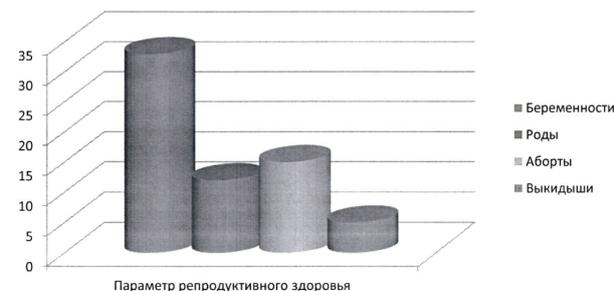


Рис. Количество беременностей (родов, аборт, выкидышей) после эндоваскулярного лечения

Литература

1. Минаева Т.А. Варикозное расширение вен малого таза у женщин раннего репродуктивного возраста с дисплазией соединительной ткани: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Томск, 2005. – 18 с.

2. Мозес В.Г. Диагностика и лечение варикозного расширения вен малого таза у женщин с синдромом хронических тазовых болей // Российский журнал боли. – 2006. – № 1. – С. 14-17.

3. Волков А.Е., Рымашевский Н.В., Михельсон А.Ф. и соавт. Роль эхографии в выборе метода терапии синдрома тазовых алгий сосудистого генеза // Ультразвук. диагн. в акуш. гин. педиатр. – 2000. – Т. 8. – № 2. – С. 133-135.

4. Федорова Е.В., Липман А.Д., Омеляненко А.И. Исследования маточного и яичникового кровотока у пациенток с бесплодием при лечении методами вспомогательных репродуктивных технологий. Исследование кровотока матки и эндометрия // Ультразвуковая и функциональная диагностика. – 2002. – № 3. – С. 126.

5. Black C.M., Thorpe K., Venrbux A. Research reporting standards for endovascular treatment of pelvic venous insufficiency // J Vase Interv Radiol. – 2010. – № 21. – P. 796-803.

6. Mathias S.D., Kuppermann M., Liberman R.F. Chronic pelvic pain: prevalence, health-related quality of life, and economic correlates // J Obstet Gynecol. – 1996. – Vol. 87. – P. 321-327.

7. O'Brien M., Gillespie D. Diagnosis and treatment of the pelvic congestion syndrome // Journal of Vascular Surgery: Venous and Lymphatic Disorders. – 2014. – P. 1-11.

8. Rozanblit A.M., Ricci Z.J., Tuvia J. Incompetent and dilated ovarian veins: a common finding in asymptomatic porous woman // J. Am. J. Radiol. – 2001. – № 176. – P. 119-122.

9. Sharma D., Dahiya K., Duhan N. Diagnostic laparoscopy in chronic pelvic pain // Arch Gynecol Obstet. – 2011. – Vol. 283, № 2. – P. 295-7.

10. Tarazov P.G., Prozorovskij K.V., Ryzhkov V.K. Pelvic pain syndrome caused by ovarian varices: treatment by transcatheter embolization // Acta Radiol. – 1997. – Vol. 38. – P. 1023-1025.

11. Vleuten C.J., van Kempen, L.J. Schultze-Kool. Embolization to treat pelvic congestion syndrome and vulval varicose veins // International Journal of Gynecology & Obstetrics. – 2012. – Vol. 22. – P. 227-230.

Literature

1. Minaeva T.A. Varicose veins of pelvis in women of early reproductive age with connective tissue dysplasia: author, dis. ... med. sciences. – Tomsk, 2005. – 18 p.

2. Moses V.G. Diagnosis and treatment of varicose veins of pelvis in women with chronic pelvic pain syndrome // Russian journal of pain. – 2006, № 1. – P. 14-17.

3. Volkov A.E., Rymashevski N.In., Michelson A.F., et al. The role of ultrasound in treatment of pelvic pain syndrome of vascular genesis // Ultrasound. Diagn. in obstet., gin., pediatrician. – 2000. – Vol. 8, № 2. – P. 133-135.

Diagn. in obstet., gin., pediatrician. – 2000. – Vol. 8, № 2. – P. 133-135.

4. Fedorova E.V., Lipman D.A., Omelyanenko A.I. Studies of the uterine and ovarian blood flow in patients with in the treatment of infertility by assisted reproductive technologies. The study of blood flow of uterine and endometrial // Ultrasound and functional diagnostics. – 2002. – № 3. – P. 126.

5. Black C.M., Thorpe K., Venrbux A. Research reporting standards for endovascular treatment of pelvic

venous insufficiency // J Vase Interv Radiol. – 2010. – № 21. – P. 796-803.

6. Mathias S.D., Kuppermann M., Liberman R.F. Chronic pelvic pain: prevalence, health-related quality of life, and economic correlates // J Obstet Gynecol. – 1996. – Vol. 87. – P. 321-327.

7. O'Brien M., Gillespie D. Diagnosis and treatment of the pelvic congestion syndrome // Journal of Vascular Surgery: Venous and Lymphatic Disorders. – 2014. – P. 1-11.

8. Rozanblit A.M., Ricci Z.J., Tuvia J. Incompetent and dilated ovarian veins: a common finding in asymptomatic parous woman // J. Am. J. Radiol. – 2001. – P. 119-122.

9. Sharma D., Dahiya K., Duhan N. Diagnostic laparoscopy in chronic pelvic pain // Arch Gynecol Obstet. – 2011. – Vol. 283, № 2. – P. 295-7.

10. Tarazov P.G., Prozorovskij K.V., Ryzhkov V.K. Pelvic pain syndrome caused by ovarian varices: treatment by transcatheter embolization // Acta Radiol. – 1997. – Vol. 38. – P. 1023-1025.

11. Vleuten C.J., van Kempen L.J. Schultze-Kool. Embolization to treat pelvic congestion syndrome and vulval varicose veins // International Journal of Gynecology & Obstetrics. – 2012. – Vol. 22. – P. 227-230.

Координаты для связи с авторами: **Верезгова Светлана Владимировна** – аспирант кафедры акушерства и гинекологии им. С.Н. Давыдова СЗТМУ им. И.И. Мечникова, врач акушер-гинеколог отделения охраны репродуктивного здоровья Ленинградской областной клинической больницы, тел. +7-911-944-45-81, e-mail: filipersik@mail.ru; **Троик Евгения Борисовна** – д-р мед. наук, профессор кафедры репродуктивного здоровья женщины СЗТМУ им. Мечникова, тел. +7-921-976-98-59, e-mail: Evgeniya.Troik@szgmu.ru.



УДК 617.711-005-076-038:[618.36-005.6:618.29-001.8]

С.А. Блощинский, И.А. Блощинская

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ БИОМИКРОСКОПИИ СОСУДОВ БУЛЬБАРНОЙ КОНЬЮНКТИВЫ В ДИАГНОСТИКЕ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНЫХ ПРОБЛЕМ, СВЯЗАННЫХ С ТРОМБОФИЛИЕЙ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Дальневосточный государственный медицинский университет, 680000, ул. Муравьёва-Амурского, 35, тел. 8-(4212)-76-13-96, e-mail: nauka@mail.fesmu.ru, г. Хабаровск

Резюме

Проведено исследование состояния микроциркуляции (МЦ) с использованием биомикроскопии сосудов бульбарной конъюнктивы (БМСБК) у 68 беременных в сроках 32-39 недель с клиническими проявлениями фетоплацентарной недостаточности (ФПН). У 24 беременных установлены значимые изменения МЦ, характеризующиеся нарушением венозного оттока в результате развития агрегации форменных элементов крови. При сплошном исследовании БМСБК в сроках беременности 7-22 недели без клинических проявлений ФПН у 21 беременной выявлены аналогичные изменения МЦ с исходом развития ФПН в сроках беременности 32-39 недель. Исследование основных показателей системы гемостаза среди беременных с нарушением МЦ выявило признаки развития хронического ДВС синдрома. Сделан вывод о том, что выявленные нарушения состояния МЦ являются признаком тромботической готовности при ФПН, связанной с тромбофилией во время беременности. Метод БМСБК может быть использован как скрининговый для диагностики признаков ФПН, связанной с развитием тромбофилии при беременности.

Ключевые слова: беременность, фетоплацентарная недостаточность, тромботический риск, тромбофилия, микроциркуляция, система гемостаза.

S.A. Bloschinskiy, I.A. Bloschinskaya

USE OF VESSELS BULBAR CONJUNCTIVA BIOMICROSCOPY IN THE DIAGNOSIS OF PLACENTAL PROBLEMS ASSOCIATED WITH THROMBOPHILIA DURING PREGNANCY

Far Eastern State Medical University, Khabarovsk

Summary

A study of microcirculation (MC) with bulbar conjunctiva vessels biomicroscopy (BCVB) was conducted in 68 pregnant women in terms of 32-39 weeks, with clinical manifestations of placental insufficiency (PI). 24 pregnant women demonstrated significant change of microcirculation, which is a violation of the venous outflow as a result of the aggregation of