

С.В. Вerezгова, Е.Б. Троиц

ЭМБОЛИЗАЦИЯ ОВАРИАЛЬНЫХ ВЕН ПРИ ЛЕЧЕНИИ КОНГЕСТИВНОГО СИНДРОМА У ЖЕНЩИН

*Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова,
191015, ул. Кирочная, 41, тел. 8-(812)-303-50-00, г. Санкт-Петербург*

Резюме

В статье приведены результаты лечения конгестивного синдрома у женщин путем селективной эмболизации овариальных вен у 61 пациентки. В исследование были включены пациентки с варикозным расширением вен малого таза, диагностированным на основании ультразвукового и доплерографического исследования, с применением пробы Вальсальвы. В качестве уточняющего метода проводили тазовую флебографию. Пациентки были разделены на группы по наличию или отсутствию сопутствующей генитальной патологии. Всем пациенткам была проведена процедура селективной эмболизации вен малого таза по комбинированной методике, с последующим периодом наблюдения от 2 до 13 лет. Эффективность метода была оценена по изменению интенсивности тазового болевого синдрома в соответствии с Визуальной Аналоговой Шкалой боли и показателям фертильности в послеоперационном периоде. Эндоваскулярный метод подтвердил свою высокую эффективность в устранении тазового болевого синдрома, отсутствие влияния на показатели фертильности во всех группах. В группе пациенток с конгестивным синдромом и эндометриозом у 65 % наблюдалось сохранение болевого синдрома и более высокие показатели интенсивности боли по шкале боли.

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

S.V. Verezgova, E.B. Troik

OVARIAN VEIN EMBOLIZATION FOR TREATMENT OF PELVIC CONGESTION SYNDROME

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

Summary

The article presents the results of treatment of pelvic congestive syndrome by selective embolization of the ovarian veins in 61 patients. The study included patients with pelvis varicosities, diagnosed on the basis of ultrasound and Doppler studies, using samples of Valsalva. As a method of clarifying and stage endovascular treatment was performed with pelvic venography. The patients were divided into groups according to the presence or absence of concomitant genital disease. All the patients underwent selective ovarian vein embolization by the combined method with follow-up period from 2 to 13 years. The efficacy of embolization was assessed by the change in pain levels according to Visual Analog pain Scale and the fertility rates in the postoperative period. Endovascular method confirmed its high efficiency in removing pelvic pain syndrome, no effect on fertility in all groups. In the group of patients with congestive syndrome and endometriosis the pain syndrome and higher pain intensity save in 65 % of the observed.

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

Тазовый конгестивный синдром – синоним варикозной болезни малого таза, который включает в себя наличие несостоятельных, варикозно расширенных вен в малом тазу и тазового болевого синдрома. Тазовый болевой синдром – это нециклическая тазовая боль более 6 месяцев, не связанная с движением, диспареуния, дисхезия и дисменорея. Конгестивный синдром характерен для рожавших женщин репродуктивного периода [2, 4, 6, 16, 17]. Несостоятельность тазовых вен сходна с варикоцеле у мужчин, однако диагностика у женщин затруднена ввиду отсутствия видимых участков и возможности пальпации измененных вен [3].

Впервые тазовый конгестивный синдром был описан в 1857 году, а связь между несостоятельностью тазовых вен и хронической тазовой болью обнаружена и описана в 1949 году [3, 10, 13].

Для консервативного лечения тазового конгестивного синдрома в иностранной литературе описана и использовалась терапия гестагенами, которые способ-

ствуют вазоконстрикции, в том числе и препаратом «Импланон». Кратковременное улучшение отмечали около 40 % пациентов [9, 12]. Улучшение после хирургического органосохраняющего лечения (тотальной и субтотальной гистерэктомии, оварэктомии) отмечали около двух третей пациенток, однако оно закономерно сопровождалось значительным увеличением числа послеоперационных осложнений [1, 9]. Консервативное хирургическое лечение, лигирование овариальных вен, также технически успешно у 73 % пациенток. Однако лигирование и интраоперационное воздействие на нервные сплетения тазовой области ведет к возврату клинических симптомов [9].

В последние годы стандартным, высокоэффективным методом лечения конгестивного синдрома считают селективную эмболизацию тазовых вен. Эмболизацию проводят по различным методикам, включая использование жидких склерозантов, клеев, эндоспиралей [5, 7, 14, 15, 17]. Несмотря на то, что использование внутрисосудистых методов для лечения тазовой

несостоятельности вен – современный стандарт лечения, его использование до настоящего времени остается контрверсионным [6, 8, 11].

Целью нашего исследования была оценка эффективности лечения конгестивного синдрома путем эмболизации тазовых вен у женщин с сопутствующей генитальной патологией.

Материалы и методы

В период с 2001 по 2014 годы на базе гинекологического отделения и отделения сердечно-сосудистой и интервенционной радиологии Ленинградской областной клинической больницы были отобраны 61 пациентка с тазовым конгестивным синдромом. Пациенткам было выполнено стандартное клиничко-лабораторное, ультразвуковое, доплерографическое исследования с пробой Вальсальвы, диагностические лапароскопические вмешательства. Показанием к последующей диагностической флебографии и лечебной эмболизации овариальных вен были:

- клинические проявления в виде тазового болевого синдрома (нециклические тазовые боли, диспареуния, дисменорея, дисхезия) более 6 месяцев, резистентные к проведению консервативной терапии;

- ультразвуковые данные (варикозно расширенные овариальные вены более 5 мм по данным ультразвукового исследования, с положительной пробой Вальсальвы);

- лапароскопические данные (варикозно измененные вены извитой формы, конгломераты с напряженной стенкой у воронко-тазовой связки яичника, по ходу широкой связки матки, в параметральных областях).

Средний возраст пациенток составил $34,11 \pm 0,98$ лет.

У 26 пациенток (36,4 %) на основании ультразвукового, гистероскопического, лапароскопического и гистологического исследований были выявлены начальные стадии эндометриозной болезни и миомы матки до 7-8 недель беременности. Идиопатические нарушения менструального цикла в виде меноррагии были у 6 пациенток (9,8 %). Гистологическая верификация подтвердила соответствие физиологическим и возрастным нормам (эндометрий фазы пролиферации, секреции). 12 пациенток (26,6 %) имели более 1 сопутствующей генитальной патологии.

На основании комплекса проведенных диагностических мероприятий в зависимости от сочетания варикозного расширения вен малого таза с сопутствующей генитальной патологией все пациентки были разделены на три группы:

- 16 пациенток с расширением тазовых вен без сопутствующей патологии (группа А);

- 20 пациенток с варикозным расширением тазовых вен и эндометриозом (группа В);

- 25 пациенток с варикозным расширением тазовых вен и другой генитальной патологией (миома матки размерами менее 7/8 недель беременности, хронический сальпингоофорит вне обострения, нарушение менструального цикла) (группа С).

Всем пациенткам была выполнена диагностическая флебография как уточняющий диагностический метод и этап внутрисосудистого лечения.

Окклюзию овариальных вен осуществляли материалами с разными свойствами по комбинированной методике. В качестве эмболизирующих агентов использовали металлические спирали различной конфигурации. Для дополнительного эффекта использовали жидкие склерозанты в виде растворов 96 % этилового спирта и 40 % глюкозы.

Все внутрисосудистые операции завершали контрольной флебографией таза и/или обеих внутренних подвздошных. Полная окклюзия и прекращение кровотока по тазовым венам, в виде задержки рентгеноконтрастного препарата в их проксимальных отделах определяли на контрольных флебограммах.

Для определения эффективности проведенного лечения во всех группах оценивали сохранение или отсутствие болевого синдрома, а также изменение интенсивности с помощью визуальной аналоговой шкалы боли (ВАШ). Также мы проводили оценку характера изменений клинических симптомов (диспареунии, дисменореи), количество органоуносящих операций, показатели фертильности женщин (беременности, роды, аборты) в послеоперационном периоде.

Результаты и обсуждение

Технически успешной эмболизация тазовых вен была во всех 61 случае. Большинству пациенток требовалось проведение двусторонней эмболизации ввиду билатерального овариоцеле, в том числе и двум пациенткам с варикозным расширением вен промежности. Повторная процедура эмболизации овариальных вен была проведена одной пациентке через 1 год в связи с рецидивом билатерального овариоцеле и развитием мощного коллатерального кровотока в обход ранее эмболизированных ветвей. Осложнений после процедуры зафиксировано не было.

В группе пациенток с изолированным конгестивным синдромом 14 (87,5 %) пациенток отметили отсутствие тазовых болей после эмболизации, у 2 (12,5 %) пациенток болевой синдром сохранился. В группе В из 20 пациенток с конгестивным синдромом и эндометриозом 13 (65 %) отмечали сохранение болевого синдрома после процедуры, 7 (35 %) женщин тазовых болей не отмечали. В группе С из 25 пациенток 21 (84 %) отмечали эффект в виде отсутствия болевого синдрома, у 4 (16 %) – сохранились тазовые боли.

Таким образом, сохранение болевого синдрома отмечали преимущественно пациентки с сопутствующей эндометриозной болезнью (группа В).

Пациентки трех групп до проведения эмболизации овариальных вен имели разные показатели интенсивности болевого синдрома по визуально-аналоговой шкале (ВАШ). Пациентки с конгестивным синдромом и отсутствием другой генитальной патологии (группа А) имели большие значения интенсивности болевого синдрома до процедуры и меньшие – после, чем пациентки групп В и С.

Средние значения в группе А были $7,31 \pm 0,24$ балла, тогда как в группе В – $7,1 \pm 0,22$ балла, в группе С – $6,88 \pm 0,19$. Средние показатели болевого синдрома после эмболизации также отличаются. В группе А – $1,12 \pm 0,29$ балла, в группе В – $2,6 \pm 0,26$, группе С – $1,4 \pm 0,23$.

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

Репродуктивный показатель	Группа А		Группа В		Группа С		Всего	
	n	M±m	n	M±m	n	M±m	n	M±m
Роды	2	0,12±0,08	4	0,2±0,09	6	0,24±0,08	12	0,19±0,05
Аборты	3	0,18±0,001	2	0,1±0,06	10	0,36±0,14	15	0,22±0,06
Выкидыши	3	0,18±0,18	–	–	2	0,08±0,05	5	0,08±0,05
Беременности	8	0,5±0,25	6	0,3±0,12	18	0,72±0,19	32	0,52±0,11

Выводы

Эндоваскулярный метод подтвердил свою безопасность и эффективность при купировании болевой симптоматики, отсутствие влияния на показатели фертильности женщин.

На основании данных нашего исследования можно заключить, что пациентки с изолированной формой варикозной болезни малого таза и пациентки группы с гинекологическими заболеваниями (кроме эндометриоза) имеют лучшие показатели в период после эндоваскулярного лечения, чем пациентки группы варикозной болезни в сочетании с эндометриозом. Пациентки с конгестивным синдромом и эндометриозом могут потребовать в дальнейшем дополнительных методов лечения.

Литература

1. Beard R.W., Reginald P.W., Wadsworth J. Clinical features of women with chronic lower abdominal pain and pelvic congestion // Br. J. Obstet. Gynaecol. – 1988. – № 95. – P. 153-161.
2. Belenky A., Bartal G., Atar E., Cohen M., Bachar G.N. Ovarian varices in healthy female kidney donors: incidence, morbidity, and clinical outcome // Am J Roentgenol. – 2002. – Vol. 179, № 3. – P. 625-627.
3. Black C.M. Research reporting standards for endovascular treatment of pelvic venous insufficiency // J. Vasc. Interv. Radiol. – 2010. – № 21. – P. 796-803.
4. Cordts P.R., et al. Pelvic congestion syndrome: early clinical results after transcatheter ovarian vein embolization // J. Vasc. Surg. – 1998. – Vol. 28, № 5. – P. 862-867.
5. Laborda A. Endovascular treatment of pelvic congestion syndrome: visual analog scale (VAS) long-term follow-up clinical evaluation in 202 patients // Cardiovasc. Interv. Radiol. – 2013. – № 36. – P. 1006-1014.
6. 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.
7. Paraskevas P.J. Successful ultrasound-guided foam sclerotherapy for vulval and leg varicosities secondary to ovarian vein reflux: a case study // Phlebology. – 2011. – Vol. 26, № 1. – P. 29-31.
8. Phillips D. Pelvic congestion syndrome: etiology of pain, diagnosis, and clinical management // Journal of Vascular and Interventional Radiology. – 2014. – Vol. 25. – P. 725-733.
9. Rane N. Pelvic Congestion Syndrome // Curr Probl Diagn Radiol. – July/August. – 2013.
10. Richet MA. Traite pratique d'anatomie medico-chirurgicale [Treatise on practical medical-surgical anatomy]. – Paris: Balliere et fils. – 1857.
11. Sharma D., et al. Diagnostic laparoscopy in chronic pelvic pain. // Arch. Gynecol. Obstet. – 2011. – Vol. 283, № 2. – P. 295-7.
12. Swanton A., Reginald P. Medical management of chronic pelvic pain: The evidence // Rev. Gynaecol Pract. – 2004. – № 4. – P. 65-70.
13. Taylor H.C. Vascular congestion and hyperemia; their effects on structure and function in the female reproductive system // Am. J. Obstet. Gynecol. – 1949. – № 57. – P. 637-653.
14. Thors A. Endovascular intervention for pelvic congestion syndrome is justified for chronic pelvic pain relief and patient satisfaction // Journal of vascular surgery. – 2013. – Vol. 58, № 5. – P. 14-33.
15. Tinelli A., et al. Suprapubic percutaneous sclerotherapy of symptomatic female pelvic varicocele under local anesthesia // Eur. Rev. Med. Pharmacol Sci. – 2012. – Vol. 16, № 1. – P. 111-117.
16. Venbrux A.C., Lambert D.L. Embolization of the ovarian veins as a treatment for patients with chronic pelvic pain caused by pelvic venous incompetence (pelvic congestion syndrome) // Curr. Opin. Obstet. Gynecol. – 1999. – Vol. 11, № 4. – P. 395-399.
17. 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: Веззгова Светлана Владимировна – аспирант кафедры акушерства и гинекологии им. С.Н. Давыдова СЗГМУ им. И.И. Мечникова, врач акушер-гинеколог отделения охраны репродуктивного здоровья Ленинградской областной клинической больницы, тел. +7-911-944-45-81, e-mail: filiper-sik@mail.ru; Троицкая Евгения Борисовна – д-р мед. наук, профессор кафедры репродуктивного здоровья женщины СЗГМУ им. Мечникова, тел. +7-921-976-98-59, e-mail: troik_e@mail.ru.