

Хірургічне лікування овариоварикоцеле III ступеня з мінімального доступу у жінок репродуктивного віку

А.М. Григоренко, С.Б. Чечуга, Г.А. Сілін

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

У роботі дана оцінка ефективності запропонованого авторами лапароскопічного методу лікування овариоварикоцеле III ступеня у жінок репродуктивного віку. Результати проведеного дослідження свідчать, що запропоноване оперативне втручання з мінімального доступу є ефективним методом лікування клінічно вираженого варикозного розширення яєчникових вен. Додатковою перевагою цього способу лікування є можливість симультанних втручань на органах малого таза за наявності гінекологічної патології. Лапароскопічну резекцію гонадних вен слід вважати методом вибору лікування овариоварикоцеле III ступеня.

Ключові слова: овариоварикоцеле, варикозне розширення яєчникових вен, лапароскопічне лікування, мініінвазивне лікування.

Варикозне розширення яєчникових вен доволі поширений стан і зустрічається, за даними різних авторів, від 10% до 20%, серед яких клінічні прояви виявляють у 60% [1, 2, 6]. На сьогоднішній день загальновизнаної точки зору щодо природи виникнення овариоварикоцеле не існує, але вважається, що в основі патогенезу лежить порушення відтоку крові з венозних сплетінь яєчників, що пов'язано з особливостями венозної системи таза, формуванні ренооваріального та кавооваріального рефлюксу. Стійке порушення венозної гемодинаміки є одним із факторів формування больового синдрому. Крім того, у разі реверсивного току крові по гонадних венах відбувається закид гормонів лівої надниркової залози в яєчник, що посилює розлад у тазовій венозній системі. У подальшому, порушення циркуляції та трофіки може призвести до рубцевих та склеротичних процесів та функціональних змін в яєчнику, дисгормональних розладів та можливого безпліддя [3].

Труднощі діагностики насамперед пов'язані із вкрай обмеженим набором діагностичного інструментарію та неознаністю клініцистів з даною патологією [2].

Консервативні методи лікування з очікуваним зниженням ефективності при зростанні тяжкості ектазій показані пацієнтам без ренооваріального рефлюксу. Пацієнтам із клінічними проявами овариоварикоцеле та наявністю ретроградного кровотоку хірургічне втручання є більш ефективним. Ендovasкулярна хірургія останнім часом активно впроваджується в клінічну практику. Емболізація гонадних вен дозволяє зупинити рефлюкс крові, але лише по основному стовбуру судини, що не виключає рецидиву по колатеральних шляхах [4]. Лапароскопічна резекція яєчникових вен більш доцільна при II та III ступенях овариоварикоцеле з розсіпним та тотальним типом будови колектора. Лапароскопічне втручання відповідає критеріям малоінвазивної хірургії – мінімальний травматизм, короткий реабілітаційний період, задовільний косметичний результат та висока ефективність лікування.

Мета дослідження: клінічне оцінювання ефективності лапароскопічної резекції яєчникових вен у пацієнтів з овариоварикоцеле III ступеня.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

У досліджувану групу ввійшли 23 пацієнта, віком від 27 до 45 років (середній вік 35,9 року). У всіх пацієнтів був хронічний тазовий біль різної інтенсивності. Інтенсивність болю оцінювали за візуальною аналоговою шкалою. Проводили комплексне клінічне обстеження. Ультразвукове сканування яєчникових вен з кольоровим картуванням кровотоку та доплерівським дослідженням проводили на апаратах Philips ATL-HDI 4000 та Philips HD 11-XE з використанням конвексного та трансвагінального датчиків частотою 3,5–5 МГц. Ступінь тяжкості овариоварикоцеле визначали за класифікацією А.Є. Волкова та співавторів (2000). Оперативне втручання включало в себе лапароскопічне виділення яєчничової вени, користуючись чіткими анатомічними орієнтирами, якими є великий поперековий м'яз, сухожилок малого поперекового м'яза, стегно-статевий нерв; ідентифікують яєчникову вену та сечовід, проводять доступ до яєчникових вен, починаючи проєкційно від аркуантної лінії здухвинної кістки по перехідній складці очеревини в лівому та правому латеральних каналах, здійснюють мобілізацію яєчничової вени вздовж 4–7 см, починаючи від гроніподібного сплетіння до межі середньої третини судини, кліпірують дистальний кінець мобілізованої судини, кліпірують та пересікають знайдені протоки судини (кількість варіабельна), кліпірують проксимальний кінець мобілізованої судини та видаляють ділянку судини між дистальною та проксимальною кліпсами.

Ефективність оперативного лікування овариоварикоцеле оцінювали за динамікою клінічних показників, даних комбінованого ультразвукового дослідження (УЗД), оцінкою за візуальною аналоговою шкалою (ВАШ) до лікування та після лікування та використовуючи опитувальник якості життя SF-36. Симптоми овариоварикоцеле: хронічний тазовий біль, посткоїтальний біль, дисменорея, диспаревнія, гіперсекреція зі статевих шляхів, чутливість в «оваріальній точці» оцінювали за 5-бальною шкалою (0 – відсутній; 1 – незначний; 2 – слабковиражений; 3 – помірно виражений; 4 – сильно виражений; 5 – вкрай виражений) до та після оперативного лікування. ВАШ відповідає 100-міліметровій горизонтальній лінії, на одному кінці якої стоїть позначка «немає болю» на протилежному – «найсильніший біль». Опитувальник SF-36 містить 36 запитань, які згруповані у 8 шкал, показники кожної шкали варіюють від 0 до 100, де 100 означає повне здоров'я. Контрольну групу склали 25 практично здорових жінок, вибраних шляхом випадкової вибірки, які на момент обстеження не мали скарг, гінекологічної патології, екстрагенітальної патології в стадії загострення. Варіаційно-статистичне оброблення результатів дослідження виконане за допомогою програми «STATISTICA 6», достовірність отриманих результатів визначали за допомогою двохвибіркового t-тесту, результати вважалися статистично значущими при $p < 0,05$.

Таблиця 1

Оцінка проявів овариоварикоцеле за симптомами до та після лікування

| Категорія | n=23 | До лікування | Після лікування | Значення p |
|----------------------------------|------|--------------|-----------------|------------|
| Біль внизу живота | 23 | 3,04±0,51 | 0,86±0,81 | 0,0006 |
| Посткоїтальний біль | 17 | 2,88±0,78 | 0,76±0,75 | 0,0034 |
| Дисменорея | 13 | 2,54±0,78 | 0,92±0,86 | 0,0019 |
| Диспаревнія | 11 | 3,00±0,77 | 1,18±0,87 | 0,0008 |
| Гіперсекреція | 12 | 2,66±0,65 | 1,16±0,57 | 0,0003 |
| Чутливість в "оваріальній точці" | 16 | 2,69±0,48 | 0,81±0,66 | 0,0144 |

Таблиця 2

Результати УЗД венозних судин таза до та після лікування

| Внутрішній діаметр судин | Контрольна група (n=25), мм | До лікування (n=23), мм | Після лікування (n=23), мм |
|-----------------------------|-----------------------------|-------------------------|----------------------------|
| Яєчникової вени | Лівої | 3,5±0,7 | 11,8±2,6 |
| | Правої | 3,8±0,8 | 8,2±1,8 |
| Маткової вени | Лівої | 3,9±0,2 | 9,6±1,3 |
| | Правої | 3,8±0,2 | 9,2±1,3 |
| Внутрішньої здухвинної вени | Лівої | 8,4±0,2 | 11,5±1,4 |
| | Правої | 8,1±0,2 | 11,4±1,4 |

Примітки: *p<0,05.

Таблиця 3

Результати доплерівського дослідження венозних судин таза до та після лікування

| Середня швидкість току крові в венозних судинах | Контрольна група (n=25), см/с | До лікування (n=23), см/с | Після лікування (n=23), см/с |
|---|-------------------------------|---------------------------|------------------------------|
| Маткової вени | Лівої | 6,38±0,89 | 1,69±0,43 |
| | Правої | 6,29±0,96 | 1,98±0,55 |
| Внутрішньої здухвинної вени | Лівої | 10,32±1,23 | 3,64±0,51 |
| | Правої | 10,54±1,36 | 3,89±0,46 |

Примітки: *p<0,05.

Таблиця 4

Оцінка якості життя за опитувальником SF-36 у здорових жінок та жінок з овариоварикоцеле до та після лікування

| Шкали | Контрольна група (n=25) | Досліджувана група (n=23) | |
|--|-------------------------|---------------------------|-----------------|
| | | До лікування | Після лікування |
| Фізичне функціонування | 90,6±8,3 | 68,9±10,9 | 76,1±13,1 |
| Рольове функціонування, зумовлене фізичним станом | 79,6±6,4 | 50,7±15,4 | 66,1±14,4 |
| Інтенсивність болю | 77,1±7,9 | 30,2±14,4 | 64,5±13,6* |
| Загальний стан здоров'я | 76,1±6,8 | 56,6±13,6 | 66,7±12,1* |
| Життєва активність | 63,4±9,6 | 50,6±12,6 | 56,8±13,2 |
| Соціальне функціонування | 84,6±5,9 | 67,4±10,8 | 74,6±10,1 |
| Рольове функціонування, зумовлене емоційним станом | 82,7±8,2 | 64,9±13,2 | 70,7±12,4 |
| Психічне здоров'я | 75,4±7,8 | 56,6±10,1 | 70,4±11,6* |

Примітки: *p<0,05.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

На підставі отриманих клінічних та інструментальних досліджень у всіх пацієнтів досліджуваної групи було встановлено III ступінь овариоварикоцеле, розсіпний тип будови колекторів виявлений у 20 (86,9%) пацієнтів та тотальний тип будови колекторів у 3 (13,1%) пацієнтів, реверсний ток крові або зміна току крові в яєчникових венах в каудальному напрямку під час проби Вальсальви спостерігався в усіх випадках. Середній діаметр лівої гонадної вени за результатом УЗД складав 11,8±2,6 мм та 8,2±1,8 мм з правого боку; середній діаметр маткової вени з лівого боку становив 9,6±1,3 мм та 9,2±1,3 мм з правого, середній діаметр внутрішньої здухвинної вени з лівого боку – 11,5±1,4 мм та 11,4±1,4 мм з правого. Середня швидкість току крові в матковій вені з правого боку становила 1,98±0,55 см/с та 1,69±0,43 см/с з лівого боку; у внутрішній здухвинній вені дорівнювала 3,89±0,46 см/с та 3,64±0,51 см/с з правого та лівого боку відповідно.

Усім пацієнтам досліджуваної групи було проведено лапа-

роскопічне втручання за наведеною вище методикою. У зв'язку з тим, що в усіх випадках спостерігалось також варикозне розширення гонадних вен з правого боку різного ступеня тяжкості всім пацієнтам була виконана двобічна лапароскопічна резекція варикозно розширених яєчникових вен. У 2 (8,6%) випадках лапароскопічна резекція гонадних вен супроводжувалась хірургічним втручанням на органах малого таза. Так, 1 (4,3%) пацієнтці з фіброміомою матки була виконана консервативна міомектомія та 1 (4,3%) – проведена кістектомія.

Середня тривалість операції становила 59,7±13,4 хв, середня крововтрата – 41,6±9,8 мл.

Ефективність лапаротомічної резекції гонадних вен оцінювали за клінічними показниками та показниками дуплексного УЗД через 3 міс після лікування.

До лікування біль внизу живота турбував усіх жінок досліджуваної групи (100%) з середньою оцінкою в 3,04±0,51 бала, посткоїтальний біль непокоїв 17 (73,9%) жінок, інтенсивність якого складала 2,88±0,78 бала, на дисменорею скарги-

лись 13 (56,5%) жінок з середньою оцінкою 2,54±0,78 бала, диспаревнія турбувала 11 (47,8%) жінок з оцінкою 3,00±0,77 бала, гіперсекреція зі статевих шляхів була виявлена у 12 (52,1%) жінок досліджуваної групи з середньою оцінкою 2,66±0,65 бала, чутливість в «оваріальній точці», що спостерігалась під час пальпації у 16 (69,6%) пацієнтів була оцінена в 2,69±0,48 бала. Після лікування інтенсивність симптомів за всіма категоріями значно зменшилась, різниця була статистично значуща і р-значення складало менше 0,05 (табл. 1).

Що стосується оцінки тазового болю за ВАШ, то середня оцінка до лікування становила 69,3±9,7 мм, після лікування оцінка за ВАШ значно зменшилась і дорівнювала 15,5±8,8 мм (р<0,05).

УЗД після лікування демонструє значне зменшення внутрішнього діаметра тазових венозних колекторів. Так, діаметр маткових вен становив 6,8±1,5 мм з лівого та 6,1±1,4 мм з правого боку відповідно зменшення просвіту судин на 29,2% та 33,7%; діаметр внутрішніх здухвинних вен дорівнював 9,5±1,3 мм та 9,1±1,2 мм з лівого та правого боку відповідно, що відповідає зменшенню просвіту судини на 17,4% зліва та 20,2% з правого боку (табл. 2).

Допплерівське дослідження середньої швидкості току крові в тазових венозних колекторах показало зростання швидкості майже вдвічі і становило 3,82±0,46 см/с та 3,98±0,53 см/с в лівій та правій матковій вені відповідно; 6,67±0,64 см/с та 6,79±0,75 см/с в лівій та правій внутрішній здухвинній вені відповідно (р<0,05) (табл. 3).

Аналіз даних показників якості життя, визначених за допомогою опитувальника SF-36, демонструє, що ці показники у жінок з овариоварикоцеле значно знижені в порівнянні зі здоровими жінками по всіх 8 шкалах. Після лікування індекси

Хирургическое лечение овариоварикоцеле III степени с минимального доступа у женщин репродуктивного возраста А.Н. Григоренко, С.Б. Чечуга, Г.А. Силин

В работе дана оценка эффективности предложенного авторами лапароскопического метода лечения овариоварикоцеле III степени у женщин репродуктивного возраста. Результаты проведенного лечения свидетельствуют, что предложенное хирургическое вмешательство с минимального доступа является эффективным методом лечения клинически выраженного варикозного расширения яичниковых вен. Дополнительным преимуществом этого способа лечения является возможность одновременного вмешательства на органах малого таза при наличии гинекологической патологии. Лапароскопическую резекцию гонадных вен следует считать методом выбора лечения овариоварикоцеле III степени тяжести.

Ключевые слова: овариоварикоцеле, варикозное расширение яичниковых вен, лапароскопическое лечение, миниинвазивное лечение.

якості життя майже наблизились до величин, характерних для здорових жінок. Статистично значущими виявилися 3 шкали: інтенсивність болю, загальний стан здоров'я та психічне здоров'я. Перша з них оцінює інтенсивність болю та його вплив на спроможність займатись повсякденною діяльністю, друга відображає оцінку хворим стану свого здоров'я на теперішній час та перспективи лікування, третя характеризує настрої, наявність депресії, загальний показник позитивних емоцій відповідно. Таким чином дане лікування значно покращує якість життя у жінок зі значним проявом варикозного розширення яєчникових вен (табл. 4).

Таким чином, дане дослідження продемонструвало значне зменшення клінічного прояву овариоварикоцеле в результаті оперативного лікування за запропонованою нами методикою завдяки покращанню венозного кровообігу в басейні малого таза. Після проведеного лікування статистично значуще зменшилась просвіт маткових та внутрішніх здухвинних вен та збільшилась середня швидкість току крові в цих венозних колекторах. Значно підвищилась якість життя жінок і майже наблизилась до показників, характерних для здорової популяції.

Висновки та перспективи подальших розроблень

Оперативне лікування з мінімальним доступом є ефективним методом лікування клінічно вираженого варикозного розширення яєчникових вен. Додатковою перевагою цього способу лікування є можливість симультанних втручань на органах малого таза за наявності гінекологічної патології. Лапароскопічну резекцію гонадных вен слід вважати методом вибору лікування овариоварикоцеле III ступеня. Проте довготривалість ефекту цього лікування потребує подальшого спостереження.

Minimal access surgery of the third degree ovarian varicosity among women of childbearing age A.M. Grigorenko, S.B. Chechuga, G.A. Silin

The efficacy of the laparoscopic method that the article authors offered to manage the third degree ovarian varicosity among women of childbearing age was evaluated in this article. The results of this research indicate that the proposed minimal access surgical treatment is effective to manage clinically significant ovarian varicosity. The additional benefit of this treatment method is the possibility of simultaneous pelvic organ surgical invasion if the patient has other gynecological pathology. Laparoscopic resection of gonadal veins should consider as the method of choice for treatment of the third degree ovarian varicosity.

Key words: ovarian varicosity, laparoscopic treatment, minimal access surgery.

Сведения об авторах

Григоренко Андрей Николаевич – Винницкий национальный медицинский университет им. Н. И. Пирогова, 21018, г. Винница, ул. Пирогова, 56; тел.: (0432) 57-03-60

Чечуга Сергей Брониславович – Винницкий национальный медицинский университет им. Н. И. Пирогова, 21018, г. Винница, ул. Пирогова, 56; тел.: (0432) 57-03-60

Силин Геннадий Анатольевич – Винницкий национальный медицинский университет им. Н. И. Пирогова, 21018, г. Винница, ул. Пирогова, 56; тел.: (066) 55-05-969

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Алгоритм обследования женщин с синдромом тазовых болей при подозрении на варикозную болезнь малого таза / А.И. Гус, М.Б. Хамошина, М.А. Семендяева [и др.] // Сибирский медицинский журнал. – Иркутск, 2011. – № 6, Ч. 2. – С. 252–255.
2. Лахно И.В. Хроническая венозная недостаточность в практике гинеко-

3. Кириенко А.И. Радионуклеидная оценка тазового венозного полнокровия / А.И. Кириенко, А.В. Каралкин, С.Г. Гаврилов // Материалы V конференции Ассоциации флебологов России. – М., 2004. – С. 227–228.
4. Суховаты Б.С. Патогенетическое

- обоснование миниинвазивного лечения варикозной болезни вен малого таза / Б.С. Суховатых, М.Б. Суховатых // Новости хирургии. – 2012. – № 1. – С. 54–61.
5. Langeron P. Тазовый венозный стаз, тазовое расширение вен (варикоцеле): гемодинамические, патогенетические и клинические проблемы; пе-

- ревод с французского / P. Langeron // Phlebologie, Annales Vasculaires. – 2005. – № 2. – P. 155–159.
6. Belenky A. Ovarian varices in healthy female kidney donors: Incidence, morbidity, and clinical outcome / Belenky A., Bartal G., Atar E. // AJR Am J Roentgenol. – 2002. – № 179. – P. 625–627.

Статья поступила в редакцию 17.02.2015