

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АНТЕГРАДНОЙ ОКЛЮЗИИ ВНУТРЕННЕЙ СЕМЕННОЙ ВЕНЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВАРИКОЦЕЛЕ

В.А. Филиппович

Гродненский государственный медицинский университет

Варикоцеле — распространенное заболевание, которое может приводить к морфофункциональным нарушениям тестикулярной ткани. Расширение вен гроздевидного сплетения может иметь идиопатический (беспричинный) характер, но может наблюдаться и как симптом другого заболевания — «вторичное варикоцеле». Вторичное варикоцеле является одним из проявлений венозной гипертензии левой почки. Причинами повышения давления в почечной вене могут быть ретроаортальное ее расположение, рубцовый процесс в забрюшинной клетчатке (в результате травм), чрезмерно острый угол отхождения верхней брыжеечной артерии от аорты вследствие чего почечная вена ущемляется в пульсирующем артериальном аортомезентериальном «пинцете». Воздействие гипертермичной крови из левой почки проявляются значительным увеличением содержания гормона 17 бета-эстрадиола и снижением уровня ФСГ, ЛГ, пролактина в крови оттекающей от левого яичка по сравнению с правым яичком. После устранения варикоцеле в плазме крови наблюдается увеличение содержания ФСГ и ЛГ [2]. Нарушение сперматогенеза у больных варикоцеле может достигать 70–90%. Изменения в яичках могут развиваться очень быстро, этот факт заставляет придерживаться активной хирургической тактики при обнаружении этого заболевания.

Пациентам с вторичным варикоцеле первой группы с флебореногипертензией, стенозом и/или выраженной аортомезентериальной компрессией патогенетически оправдано наложение двунаправленного тестикуло-илиакального венозного анастомоза слева с использованием микрохирургической техники.

Лицам с идиопатическим варикоцеле с нормотензией в левой почечной вене показано проведение различных операций с перекрытием кровотока по тестикулярной вене [3]. Окклюзирующих операций много, последние в принципе обеспечивают устранение синдрома варикоцеле, однако, вопрос о том, какой из методов лучше, по сей день остается открытым. В Беларуси в подавляющем большинстве случаев выполняется операция Иванисевича. В своей работе мы используем антеградную мошоночную склеротерапию [1], техника которой будет приведена ниже.

Цель работы — изучение эффективности данной операции в ликвидации варикоцеле.

Операция заключается в пункции одной из вен гроздьевидного сплетения, выполнении флебографии и заполнении внутренней семенной вены склерозирующим средством под рентгеновским контролем. Основные этапы хирургической техники.

Пациент помещается на рентгеноперационный стол.

1. Выполняется инфильтрационная анестезия семенного канатика — 8–10 мл анестетика.
2. Под кожей мошонки пальпаторно определяют семенной канатик. Удерживая канатик между пальцами и убедившись, что анестезия развилась, рассекают кожу над ним на протяжении до 1 см. Вытаскивая семенной канатик, покрытый fascia spermatica interna, пальцами руки в рану, выделяют его со всех сторон вместе с вышеуказанной фасцией при помощи глазных ножниц и подводят снизу резиновую держалку.
3. Отмобилизовав семенной канатик на протяжении 2–3 см и вытащив его в рану, вскрывают внутреннюю семенную фасцию и получают доступ к венам гроздьвидного сплетения, сообщающимся с внутренней семенной веной. Последние, как правило, имеют значительный диаметр, кровенаполнение их усиливается при напряжении брюшного пресса и они окружены хорошо определяемой жировой тканью.
4. Выделяется одна из вен гроздьвидного сплетения и пунктируется в проксимальном направлении внутривенным катетером № 22–24. Катетер фиксируется в вене кетгутовой лигатурой. По катетеру редкими каплями должна вытекать венозная кровь. Для того, чтобы убедиться в правильном положении катетера, по последнему вводят 3–5 мл физиологического раствора. Последний должен свободно поступать в венозное русло. В противном случае катетер находится экстравазально, что будет видно при дальнейшей флебографии.
5. Под рентгеновским контролем в катетер медленно вводится рентгеноконтрастное вещество. При этом становится видимой внутренняя семенная вена и особенности ее строения.
6. По катетеру в вены гроздьвидного сплетения вводится 1 мл воздуха. Он необходим для того, чтобы обеспечить контакт склерозирующего средства с венозной стенкой.
7. По катетеру вводится склерозирующее средство. При этом на экране ЭОПа можно наблюдать, как последний вытесняет контрастное вещество из внутренней семенной вены. Внутренняя семенная вена заполняется до места впадения ее в почечную вену. Обычно на это уходит от 2 до 4 мл лекарственного средства.
8. Удаляется катетер, место инъекции лигируется, после чего на кожу мошонки накладывается 1–2 тонких кетгутовых шва. Рана заклеивается повязкой.
9. На мошонку накладывается суспензорий.

После операции пациенту рекомендуется не вставать с постели в течение 12 ч, чтобы минимизировать кровоток по внутренней семенной вене. Осмотр проводят через 12 ч или на следующее утро после операции. Варикоцеле не должно определяться, что говорит о достижении желаемого эффекта. Пациенту разрешают вставать и ходить. Дальнейшее нахождение в стационаре не требуется. Поскольку организация тромба происходит в течение недели, пациентам рекомендуют на это время ограничить физическую нагрузку и исключить занятия спортом. Контрольный осмотр проводится через месяц. К этому времени, как правило, на мошонке с большим трудом можно определить небольшой послеоперационный рубец, варикоцеле отсутствует.

Результаты и их обсуждение. С 2001 по 2010 гг. данным методом пролечено 146 пациентов с варикоцеле 1–3 степени в возрасте от 15 до 28 лет. Для сравнения проанализированы результаты лечения 70 пациентов, которым была выполнена операция Иванисевича. Обследуемые обеих групп были осмотрены в соответствии с существующими стандартами, включающими выполнение анализа крови и мочи, биохимического анализа крови, коагулограммы, ЭКГ, УЗИ органов мочеполовой системы. Стадия заболевания определялась по классификации Н.А. Лопаткина:

- степень 1 — варикоцеле определяется только в положении стоя при натуживании пациента;
- степень 2 — вены яичка расширены и извиты; яичко не изменено;
- степень 3 — яичко дряблое и уменьшено в размере.

Пациенты с изменениями в анализе мочи и патологией почек, определяемой при ультразвуковом исследовании, в вышеуказанные группы не вошли, т. к. это могло быть одним из проявлений венной почечной гипертензии. У 14 пациентов был рецидив после выполненной ранее операции Иванисевича. Критерием наличия рецидива являлось обнаружение варикозно расширенных вен в мошонке с ретроградным кровотоком, который определялся при УЗИ с цветным доплеровским картированием. Все операции выполнены под местной анестезией в рентгеноурологической операционной. Длительность операции — от 10 до 30 мин. Подавляющее число пациентов (136, или 93%) было выписано на следующий день; 8 пациентов были задержаны на 2–3 дня и лишь 1 ввиду наличия осложнений провел в стационаре неделю. Все пациенты осмотрены при выписке и через месяц после операции; 68 пациентов удалось проследить в сроки от 3 до 6 мес. после операции.

У 145 пациентов при выписке варикоцеле пальпаторно не определялось. У 1 пациента варикоцеле не исчезло, что, по-видимому, было связано с нарушением техники данного вмешательства. Через месяц у 2 (1.37%) пациентов был диагностирован рецидив, что потребовало повторного вмешательства, после чего варикоцеле исчезло. Данные пациенты отметили, что на 3–4-й день после лечения начали интенсивно заниматься спортом, что могло способствовать «реканализации» просвета внутренней семенной вены и восстановлению патологического кровотока; 68 пациентов, осмотренных через 3–6 мес., не имели жалоб и рецидива заболевания у них отмечено не было. В то же время в группе пациентов после операции Иванисевича рецидив зафиксирован в 4 (5.7%) случаях.

Из осложнений у 3 пациентов в области пункции отмечено образование небольших подкожных гематом, не потребовавших вскрытия и дренирования, у 5 — умеренно выраженная отечность мягких тканей мо-

шонки, проходящая самостоятельно, у 5 — небольшие уплотнения мягких тканей в области семенного канатика, связанные с экстравазацией склерозирующего средства, которые исчезли самостоятельно. У 1 пациента развился орхит, потребовавший стационарного лечения. Причиной последнего явилась ошибочная пункция яичковой артерии с введением в последнюю склерозирующего средства.

Выводы:

1. Наш опыт показал, что антеградная мошоночная склеротерапия может быть легко освоена практикующим врачом хирургом-урологом.
2. Количество рецидивов при использовании данного метода меньше, чем при операции Иванисевича.
3. Осложнения в большинстве случаев не требуют специального лечения, возникают в основном на стадии освоения методики и связаны с техническими погрешностями при ее выполнении.

SCROTAL ANTEGRADE SCLEROTHERAPY OF VARICOCELE

V.A. Filippovich

The technique of scrotal antegrade sclerotherapy for varicocele has been described and the outcomes of 60 operations performed by the author of the article have been presented.

Scrotal antegrade sclerotherapy of varicocele by its efficacy, the presence of complications does not give way to the operation according to Ivanisevich and is simple in performance: it does not require general anesthesia and is undergone well by patients. In addition, sclerotherapy operation is preferable from a cosmetic point of view as after it there is no evident postoperative scar.

Keywords: varicocele, scrotal antegrade sclerotherapy of varicocele.

Литература

1. Tauber, R. Antegrade scrotal sclerotherapy for the treatment of varicocele: Technique and late results / R. Tauber, N. Johnsen // J. Urol. — 1994. — Vol. 151. — P. 386–390.
2. The value of the gonadotrophin-releasing hormone test as a prognostic factor in infertile patients with varicocele / K. Atikeler [et al.] // Br. J. Urol. — 1996. — Vol. 78. — P. 432–634.
3. Surgical treatment of varicocele. Our experience in the last 10 years / R. Bassi [et al.] // Minerva Chir. — 1996. — Vol. 51. — P. 533–536.