

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ВАРИКОЦЕЛЕ У ДЕТЕЙ

Стацкевич С.Ю.¹, Иодковский К.М.², Салкевич Я.Ф.¹, Корчагин О.Ю.³

¹УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница»,

²УО «Гродненский государственный медицинский университет»,

³УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр»,

Гродно, Беларусь

Введение. Варикоцеле определяется как патологическое расширение вен гроздевидного сплетения яичка, вызванное венозным рефлюксом. Чаще развивается слева (78 – 93% случаев), поскольку слева внутренняя семенная вена впадает непосредственно в почечную вену, вызывая нарушение венозного оттока. Правостороннее варикоцеле встречается реже всего, обычно его выявляют только в рамках двухстороннего варикоцеле и редко – изолированно. Варикоцеле появляется у мальчиков в период полового созревания, обычно старше 10 лет, частота его увеличивается с возрастом и в мужской популяции наблюдается примерно в 16% (8-23%). Варикоцеле может запускать механизмы апоптоза вследствие теплового стресса, снижения уровня андрогенов и накопления токсических веществ. Поскольку среди бесплодных мужчин, обращающихся в лечебные учреждения, в 20 – 40% обнаруживается варикоцеле и несмотря на то, что в ряде исследований было показано минимальное влияние его на сперматогенез, ряд авторов считает, что одним из показаний к оперативному лечению варикоцеле является профилактика бесплодия. Многочисленные исследования, выполненные за последние тридцать лет, показывают неоднозначные результаты оперативного лечения варикоцеле в плане восстановления плодовитости мужчин при наличии патологии сперматогенеза. Ряд авторов указывает, что при обследовании молодых пациентов с варикоцеле в 12% случаев обнаруживается гипоплазия яичка на стороне поражения. Одновременно, у этих юношей регистрируется дисфункция яичек, определяемая исследованием гормонального профиля. Исследованиями, проведенными ВОЗ, установлено, что сперматогенез фертильного уровня возможен только в яичках нормального размера. Варикоцелэктомия у подростков приводит к дополнительному росту яичка и улучшению показателей спермограммы.

Цель. Представление своего опыта в диагностике и лечении варикоцеле у детей и подростков.

Материалы и методы. Нами проанализированы результаты лечения 447 пациентов, находившихся на стационарном лечении в хирургическом отделении Гродненской областной детской клинической больницы в 2018 – 2022 гг. и изучены амбулаторные карты 2840 мужчин, обратившихся за медицинской помощью в андрологический кабинет Гродненского областного перинатального центра по поводу бесплодия.

Результаты и обсуждение. В подавляющем большинстве случаев заболевание протекало бессимптомно и было выявлено на медицинских осмотрах в школах и военкомате, лишь 15 (3,4%) пациентов сами обнаружили асимметрию мошонки на стороне заболевания, а у 20 (4,5%) отмечался болевой синдром. У 445 (99,6%) пациентов отмечалось левостороннее варикоцеле, у 2 (0,4%) пациентов – двухстороннее (слева 2-3 степени, справа 1 степени). В возрастной группе 10 – 13 лет было 96 (21,4%) пациентов, 14 – 15 лет – 167 (37,4%) пациентов, 16 – 17 лет – 184 (41,2%) пациента. УЗИ выполнено 65 пациентам: диаметр вен составил 1,7 – 5 мм, после пробы Вальсальвы 2 – 7 мм, уменьшение размеров левого яичка выявлено у 36 мальчиков. По степени тяжести варикоцеле 1 степени выявлено у 27 (6%) пациентов, 2 степени – у 306 (68%) пациентов, 3 степени – у 114 (26%) пациентов. Пациентам с варикоцеле 1 степени оперативное вмешательство не выполнялось, а у 11 пациентов с варикоцеле 2-3 степени были выявлены противопоказания к плановому оперативному лечению. Оперированы 409 пациентов с варикоцеле 2 – 3 степени. У 408 (99,8%) пациентов выполнены лапароскопические операции и у 1 (0,2%) пациента – открытое оперативное вмешательство. Целью операции была перевязка внутренней яичковой вены с сохранением лимфатических сосудов. В ходе операции внутренняя семенная вена была представлена 1 стволом в 27 (7%) случаях, 2 стволами в 184 (45%) случаях, 3 стволами в 163 (40%) случаях, 4 и более стволами в 35 (8%) случаях. Среди прооперированных детей рецидив заболевания возник у 13 (3,2%) пациентов, а водянка оболочек яичка развилась у 8 (2%) пациентов. Пациентам с рецидивом варикоцеле выполнена повторная лапароскопическая перевязка оставшихся ветвей внутренней яичковой вены, а пациентам с водянкой оболочек яичка – операция Винкельмана или Бергмана.

При изучении причин бесплодия у мужчин, обратившихся к урологу-андрологу областного перинатального центра, выявлено, что основная патология – это инфекции передающиеся половым путем и вирусный паротит, которые дают осложнения на сперматогенную функцию яичек. Патология органов мошонки выявлена у 457 (16,1%) пациентов, варикоцеле наблюдалось у 341 (12%) пациентов. Из 341 пациента с варикоцеле две трети ранее были оперированы по поводу варикоцеле, остальная треть не подвергались оперативному вмешательству. Анализируя эту группу мужчин, можно предположить, что оперативное лечение варикоцеле не всегда предупреждает бесплодие. Связь варикоцеле и бесплодия обычно обосновывают с помощью 3 основных доводов: 1) повышенная частота варикоцеле среди мужчин с бесплодием; 2) связь варикоцеле и уменьшенного объема яичек, а также снижения качества спермы; 3) улучшение параметров эякулята и частоты наступления беременности после оперативного лечения варикоцеле. Тем не менее, все эти пункты нуждаются в уточнении и подтверждении. Данные о частоте варикоцеле среди мужчин с нарушениями репродукции значительно различаются.

Выводы.

1. Варикоцеле у детей и подростков в большинстве случаев протекает бессимптомно и раннее выявление происходит во время профилактических осмотров в школах и при прохождении призывной комиссии в военкоматах.
2. Лапароскопическая перевязка внутренней яичковой вены, по нашему мнению, является безопасным и эффективным методом лечения.
3. Необходимо дальнейшее всестороннее исследование этиологии варикоцеле и его влияния на репродуктивную функцию в супружеских парах с проблемами деторождения.