

УДК 614,2:616-006.4:616 (575.2) (04)

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЦЕЛЕ

Б.А. Умаров

Анализируются различные способы хирургического лечения варикоцеле по методам Паломо, Иванисевича, Паломо – Ерохина.

Ключевые слова: хирургическое лечение; варикоцеле; рецидив.

Древнеримский врач-хирург Корнелий Цельс в I веке н. э. указал, что варикоцеле первыми описали греки: “Вены раздуты и извиты над яичком, которое становится меньше противоположного” [1]. Впервые клинические особенности варикоцеле описаны Амбруазом Паре в 1550 г. [2] и определялись как “сосудистое сплетение, заполненное меланхолической кровью”. Этим определением подчеркивалось, что варикоцеле является чисто локальной патологией.

В 1918 г. Иванисевич выдвинул обоснованное определение: “Варикоцеле – анатомический синдром. Анатомически оно характеризуется варикозом внутри мошонки, клинически – венозным рефлюксом вследствие клапанной недостаточности яичковой вены”. Открылись возможности точной диагностики заболевания с учетом положения больного во время осмотра. Эти основополагающие исследования, господствующие до сегодняшнего времени, явились отправной точкой в диагностике. Несмотря на большое количество предложенных операций, в том числе с использованием современных технологий – лапароскопических, рентгенэндоваскулярных, микрохирургических, продолжает наблюдаться значительное число рецидивов после хирургического лечения варикоцеле [1–5]. Определение причин рецидивов варикоцеле после хирургического лечения основывается на изучении ангиоархитектоники и гемодинамики сосудов яичка и ренокавального анастомоза.

На основании патологоанатомических и рентгенологических исследований установлено значительное разнообразие вариантов строения левой яичковой вены, а также оставления не перевязанными во время операции дополнительных венозных стволов и коллатералей, что является предпосылкой к рецидиву варикоцеле после его хирургического лечения.

Рецидив варикоцеле после любого метода хирургического лечения обычно возникает из-за сохраненного обратного венозного тестикулярного кровотока [6–8]. При этом наиболее частой причиной является нарушение техники операции [2, 5, 8]. Часто перевязывают только одну из дополнительных ветвей или, наоборот, основной ствол перевязывают, а дополнительные – нет. Нередко сохраняются неперевязанными коллатеральные ветви и вены-сателлиты. Иногда вместо яичковых вен перевязывают другие вены: нижнюю надчревную вену, мышечные венозные ветви. Частая встречаемость рецидивов варикоцеле в значительной мере связана с недоучетом хирургами [8] возможных вариантов гемодинамического типа варикоцеле по В. Coolsaet. Поэтому автор рекомендует до операции определить тип венозного рефлюкса при варикоцеле. Операция типа Иванисевича, с точки зрения автора, показана только при I типе варикоцеле. Для II и III типа варикоцеле с наличием илеосперматического венозного тестикулярного рефлюкса показана микрохирургическая операция сосудистого анастомозирования с перевязкой илеосперматического коллектора.

Таким образом, несмотря на накопленный опыт хирургического лечения варикоцеле, вопрос этиопатогенеза рецидивного варикоцеле окончательно не решен.

Материалы и методы исследования. Был выполнен анализ историй болезни и амбулаторных карт 439 больных, оперированных методами Иванисевича, Паломо и Паломо – Ерохина в детском хирургическом отделении ОДКБ за период 2000–2005 гг. в основном с левосторонним варикоцеле с давностью операции от 2,5 месяцев до 6 лет, в среднем $19,0 \pm 16,0$ месяцев. Из них 120 пациентам выполнена операция Иванисевича

Таблица 1 – Результаты выявления рецидивов в амбулаторных условиях обследования больных после различных способов операции по поводу варикоцеле

Результаты обнаружения рецидивов	Способ операции по					
	Иванисевичу		Паломо		Паломо – Ерохину	
	Кол-во	%	Кол-во	%	Кол-во	%
Выраженный	13	10,8±9,0*	-	-	3	1,1±1,0*
Сомнительный	37	30,8±7,6**	2	7,4±6,8**	-	-
Отсутствует	70	58,4±5,9***	25	92,6±5,3***	289	98,9±0,6***
Всего	120	100,0	27	100,0	292	100,0

Примечание: * – $\geq 0,05$; ** – $\leq 0,05$; *** – $\leq 0,001$.

и 27 больным – операция Паломо, также проведена операция Паломо – Ерохина 292 больным. Все они были обследованы при помощи общеклинических, лабораторных методов с использованием ультразвуковой диагностики, рентгенологического исследования, а также доплероэхографии вен семенного канатика для диагностики рецидива варикоцеле.

Все цифровые данные обработаны методами альтернативной и вариационной статистики при помощи компьютерной программы “БИОСТАТИСТИКА”.

Результаты и обсуждение. Во время амбулаторного клинического осмотра больных оперированных варикоцеле (таблица 1) выявлено, что частота рецидивов после операции по методу Иванисевича была следующей: клинически выраженный рецидив левостороннего варикоцеле диагностирован в 13 случаях (10,8 ± 9,5 %), сомнительный рецидив – у 37 пациентов (30,8 ± 7,6 %), отсутствие рецидива варикоцеле не вызвало сомнений у 70 мужчин (58,3 ± 5,9 %).

Кроме того, у 28 больных (23,3 ± 8,1 %) обнаружены другие заболевания, из них: гидроцеле – у 6 пациентов (5,0 %), у остальных (95,0 %) воспалительные заболевания мужских половых органов – хронический уретропростатит, хронический эпидидимит, эпидидимоорхит. После операции по методу Паломо обследовано 27 пациентов в возрасте от 13 до 17 лет (средний возраст – 15 лет). Клинически выраженного варикоцеле по результатам осмотра не выявлено, сомнительный рецидив – у двоих пациентов (7,4 ± 6,8 %), отсутствие рецидива не вызывало сомнения в 25 (92,6 ± 5,3 %) случаях. При этом у четырех пациентов (14,8 ± 9,8 % случаев) обнаружены другие заболевания мужских половых органов (гидроцеле – у трех больных (11,1 ± 2,2 %) и киста придатка – у одного пациента (3,7 ± 3,7 %).

После операции Паломо – Ерохина обследовано 292 больных, при этом выраженный рецидив

варикоцеле обнаружен в трех случаях (1,1 ± 1,0 %), сомнительный диагноз не выявлен, у 289 больных (98,9 ± 0,6 %) рецидив варикоцеле не обнаружен. Для уточнения диагноза больных с рецидивом варикоцеле потребовались в дальнейшем дополнительные методы исследования. Все они были оперированы повторно после подтверждения диагноза ультразвуковыми методами исследования и с применением интраоперационной флеботестикулографии. При сравнительном анализе различных способов хирургического метода лечения варикоцеле в группах исследуемых больных, оперированных по методам Паломо и Иванисевича, а также при операции Паломо – Ерохина, выраженный рецидив обнаружен в первом и последнем способах лечения варикоцеле, однако статистическая разница не существенна ($P \geq 0,05$), тогда как сомнительный диагноз рецидива варикоцеле по отношению к первому способу статистически достоверен ($P \leq 0,05$), а отсутствие рецидива в последних двух методах лечения ($P \leq 0,001$) было высоким. Однако после хирургического лечения методом Паломо значительно чаще, по сравнению с методом Иванисевича (5,0 %), встречается гидроцеле (11,1 ± 2,2 %).

Исследование эякулята после хирургического лечения варикоцеле по методу Иванисевича показало, что нормальное количество сперматозоидов (более 60 млн в 1 мл), наблюдалось у 93,8 ± 6,5 % больных. При этом олигозооспермия I степени, (от 40 до 60 млн в 1 мл) наблюдалась у 6,2 ± 0,0 % лиц, а от 20 до 40 млн в 1 мл – не выявлена. Подвижность сперматозоидов (активноподвижные + малоподвижные) менее 50,0 % наблюдалась в 43,8 ± 20,3 % случаев, число активно подвижных сперматозоидов менее 25,0 % – у 93,3 ± 6,9 % больных. Морфологически измененные формы сперматозоидов, превышающие 30,0 %, выявлены у 81,3 ± 11,3 % от исследуемой группы. При хорошем результате хирургического лечения варикоцеле, отсутствии сопутствующих воспалительных заболеваний половых органов результаты спермограммы

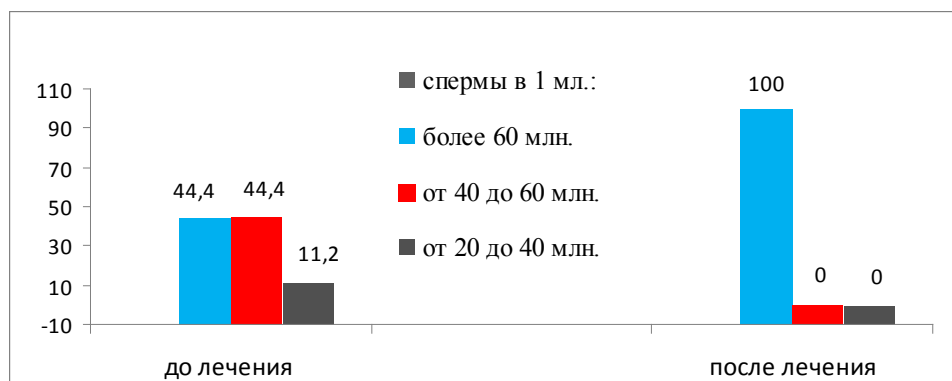


Рисунок 1 – Динамика изменения спермограммы до и после лечения обследованных больных в амбулаторных условиях

выглядят значительно лучше по всем параметрам (рисунок 1). Содержание спермы в 1 мл более 60 млн составило $100,0 \pm 0,0 \%$, по сравнению с теми же лицами до лечения ($44,4 \pm 3,6 \%$), при $P \leq 0,01$. Частую диагностику воспалительных заболеваний мужских половых органов после операций Иванисевича мы объясняем тем, что больные варикоцеле оперировались в более зрелом возрасте и многие из них вели активную половую жизнь, поэтому эти заболевания расценивались как сопутствующие.

Рентгенологическое исследование яичковой вены для определения рецидивов после хирургического лечения варикоцеле показало, что после операции Иванисевича основной причиной рецидива послужили оставленные не перевязанными дополнительные венозные стволы во время первой операции, в результате лигирования только основного ствола яичковой вены, а также в результате сохранения неперевазанной коллатеральной ветви яичковой вены, связывающей центральный и периферический участки внутренней яичковой вены.

Чрезмошоночная антеградная флеботестикулография дает ценную информацию об анатомическом строении венозного тестикулярного русла, и выполнение ее технически несложно. Однако метод исследования является дополнительным хирургическим вмешательством на мошонке помимо основной операции, что увеличивает общее время операции почти в два раза. Тем не менее, флеботестикулография имеет абсолютные показания только в случае, когда во время хирургического лечения рецидивного варикоцеле возникают технические трудности в идентификации стволов яичковой вены.

Таким образом, несмотря на накопленный опыт хирургического лечения варикоцеле, вопрос этиопатогенеза рецидивного варикоцеле окончательно

не решен. Основные причины рецидивного варикоцеле связаны с техническими погрешностями во время операции, вследствие которых сохраняются пути ретроградного коллатерального кровотока к яичку на фоне ренальной гипертензии. Заслуживает внимания вопрос правильного выбора метода операции как профилактики рецидива при выраженной венозной почечной гипертензии и в зависимости от типа венозного тестикулярного рефлюкса.

Литература

1. Давидов М.И. Рецидивы варикоцеле после операции Иванисевича / М.И. Давидов // Актуальные вопросы трансфузиологии и клинической медицины: Матер. научн. практ. конф. Киров, 1995. С. 34–35.
2. Ерохин А.П. Варикоцеле у детей: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / А.П. Ерохин. М., 1979. 25 с.
3. Исаков Ю.Ф. Сравнительная характеристика результатов операций Иванисевича и Паломо у детей / Ю.Ф. Исаков, А.П. Ерохин // Урология и нефрология. 1979. № 5. С. 30–34.
4. Кондаков В.Т. Варикоцеле / В.Т. Кондаков, М.И. Пытков. М.: ВИДАР, 2000. 104 с.
5. Матяшев А.В. Причины рецидивов варикоцеле / А.В. Матяшев // Актуальные вопросы хирургии сосудов. Горький, 1990. С. 124–128.
6. Стрелков А.Н. Хирургические и морфологические аспекты варикоцеле: автореф. дис. ... канд. мед. наук / А.Н. Стрелков. Рязань, 2003. 24 с.
7. Hart R.R., Rushton H.G., Belman A.B. Intraoperative spermatic venography during varicocele surgery in adolescents // J. Urol. 1992. V. 148. № 5. P. 1514–16.
8. Степанов В.Н. Диагностика и лечение варикоцеле / В.Н. Степанов, З.А. Кадыров. М., 2001. 169 с.