

РОЛЬ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ВАРИКОЦЕЛЕ И ХРОНИЧЕСКИМ ПРОСТАТИТОМ

*В.П. Стусь¹, И.М. Русинко², Н.Ю. Полион¹, В.Н. Краснов³,
Е.П. Украинец³, Е.А. Квятковский⁴, В.А. Леончик⁵, Г.В. Даниленко²*

¹ ГУ «ДМА МЗ Украины»

² КУ «ДГБ № 12» ДГС

³ КУ «Днепропетровская ОКБ им. Мечникова» ДОС

⁴ КУ «Днепропетровская 9 ГКБ» ДОС

⁵ КУ «Новомосковская ЦРБ» ДОС

Варикоцеле – варикозное расширение вен гроздевидного сплетения семенного канатика, является комплексной проблемой, которая затрагивает медицинские, социальные и экономические аспекты жизни человека. Большинство урологов считают, что наличие варикоцеле может быть критичным только для яичка и сперматогенеза. Вместе с тем, последние научные данные свидетельствуют о том, что венозные системы полового члена, предстательной железы, семенных пузырьков, яичек, семенных канатиков, мошонки, нижних мочевых путей объединены в единую венозную систему мочеполовых органов. Варикоцеле отрицательно влияет на функции яичка, а также предстательной железы, в результате чего является одной из причин мужского бесплодия. Варикоцеле может существенно снижать качество жизни мужчины, ограничивая его физическую активность и образуя косметический дефект.

Варикоцеле в течение длительного времени остается темой жарких споров и дискуссий в урологическом обществе.

Варикоцеле в подростковом возрасте сопряжено с высоким риском развития нарушения сперматогенеза с последующим исходом в нарушение фертильности.

На данный момент механизмы ухудшения репродуктивной функции у молодых мужчин с варикоцеле являются предметом разноплановых исследований. Наиболее распространенной является теория негативного влияния повышения температуры в мошонке, вследствие чего нарушается выработка тестостерона клетками Лейдига, а также поражаются мембраны герминативного эпителия, что приводит к нарушению функции клеток Сертоли. К другим механизмам относится застой венозной крови в мошонке и малом тазу, что приводит к гипоксии, ухудшению выведения гонадотоксинов и повышению уровня окислительного стресса клеток. Су-

ществуют разные формы нарушения эякулята у пациентов с варикоцеле:

– азооспермия – отсутствие сперматозоидов в эякуляте;

– олигозооспермия – низкая концентрация сперматозоидов в 1 мл;

– астенозооспермия – низкая концентрация сперматозоидов с поступательным движением;

– тератозооспермия – низкая концентрация сперматозоидов с нормальным морфологическим строением;

– некрозооспермия – низкая концентрация живых сперматозоидов.

Основной причиной развития осложнений в репродуктивной сфере при наличии варикоцеле называют нарушение гемодинамики в яичках. Однако качество эякулята зависит не только от состояния яичек, но и от функций предстательной железы. Секрет предстательной железы как составная часть спермальной жидкости выполняет трофическую и защитную функции для сперматозоидов, определяет их подвижность и предотвращает агрегацию. Работ, освещающих состояние предстательной железы у подростков и молодых мужчин при варикоцеле и способы профилактики нарушений ее функций единичны. Имеются отдельные сообщения по лечению застойной простатопатии у подростков и молодых мужчин при варикоцеле.

Целью нашей работы является определение целесообразности проведения простатотропной терапии для улучшения функциональных результатов после оперативного лечения варикоцеле у подростков и молодых мужчин. Настоящая работа основана на результатах исследования эякулята у пациентов с варикоцеле, полученных до и после оперативного лечения варикоцеле с соблюдением всех условий получения эякулята у этих пациентов с обязательным согласием родителей и пациентов. Исследовали

эякулят, полученный методом мастурбации после трехдневного воздержания. Оценку проводили в соответствии с критериями ВОЗ. Учитывали объем порции, концентрацию сперматозоидов в 1 мл, их жизнеспособность и активность. Изучали их морфологию с учетом нормы и патологических изменений в области головки, шейки и хвоста сперматозоидов. Проводили микроскопический анализ секрета предстательной железы с целью подтверждения или исключения в ней воспалительного процесса. Работа проводилась в соответствии с принципами Хельсинкской декларации ВОЗ по проведению биомедицинских исследований на людях. Исследования проводились в клинике Куликовича (г. Днепр).

Исследования выполнены у 58 юношей и молодых мужчин в возрасте 16–22 лет, страдавших левосторонним варикоцеле II–III степеней и имеющих опыт половой жизни. Пациентам выполнено оперативное лечение варикоцеле по Мармару, Иванисевичу, и лапароскопическое клипирование левой внутренней семенной вены. Помимо спермограммы в дооперационном периоде и через 3 месяца в послеоперационном периоде всем пациентам выполнена доплерография сосудов мошонки и малого таза, исследования гормонов: ЛГ, ФСГ, тестостерона, эстрадиола и пролактина. Наблюдаемые пациенты имели расширение вен гроздевидного сплетения с затруднением оттока крови и наличием ретроградного сброса при проведении пробы Вальсальвы.

Конгестивными расстройствами предстательной железы по данным УЗИ считали изменения эхогенности и неоднородность структуры железы, а также наличие на доплерографии расширенных вен перипростатического сплетения более 3,5–4 мм в диаметре с положительной пробой Вальсальвы. При этом у пациентов с варикоцеле в сочетании с тазовой конгестией частота патоспермии составляла 49%.

Всем пациентам проводилась медикаментозная терапия, включающая в себя венотоники, Трибекс, рыбоксин, аэвит, а также ректальные суппозитории Простекс с целью простатотропной терапии по 1 свече 2 р. в сутки ректально в течение месяца до операции и в течение 1 ме-

сяца после оперативного вмешательства как послеоперационная реабилитация.

Основными критериями эффективности проводимой терапии были качественные показатели эякулята и состояния предстательной железы. Включение в состав комплексной консервативной терапии варикоцеле суппозитория Простекс и Трибекс позволяет эффективно нормализовать показатели эякулята и быстрее купировать дистрофические изменения в тканях простаты за счет улучшения трофики железы, ликвидации тканевого отека и как следствие уменьшение ее объема, усиление выработки простатического секрета, что в комплексе увеличивает подвижность и жизнеспособность сперматозоидов, уменьшает вязкость спермы и является профилактикой хронических воспалительных заболеваний органов простатовезикулярного комплекса.

В отсутствии трофической поддержки замедляется восстановление структуры и функции простаты, что проявляется малой подвижностью сперматозоидов, отсутствием увеличения фракции живых клеток и в конечном итоге является негативным фактором прогноза фертильности.

У всех пациентов с тазовой конгестией, имевших патоспермию и высокую степень риска субфертильности до начала лечения, после комплекса лечебных мероприятий наблюдалось улучшение состояния сперматогенеза и качества спермы, что демонстрирует необходимость проведения данного курса терапии у этих пациентов в до- и послеоперационном периоде. При недиагностированном сочетанном варикозном процессе в мошонке и малом тазу повышается риск репродуктивных нарушений в будущем вследствие развития дистрофических процессов в предстательной железе. В связи с этим диагностический алгоритм у пациентов с варикоцеле обязательно должен предусматривать проведение УЗИ органов мошонки и предстательной железы, совместно с доплерографией вен гроздевидного и простатического сплетений, результаты которых будут определять дальнейшую лечебную тактику