

ВОЗМОЖНОСТИ И РЕЗУЛЬТАТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ВАРИКОЦЕЛЕ

Кутовой А. Б.¹, Козловский И. В.², Кутовой М. А.², Мирошниченко А. Ю.², Шкура М. Н.¹

¹Днепропетровская государственная медицинская академия

²Днепропетровская областная клиническая больница им. И. И. Мечникова.

Частота рецидивов варикоцеле колеблется от 2% до 40%, а выбор оптимального метода лечения представляется достаточно сложной задачей. Целью работы является анализ результатов применения рентгенэндоваскулярной окклюзии и лапароскопической трансперитонеальной диссекции вен яичка в лечении варикоцеле. Нами оперировано 193 больных со II и III стадиями первого типа варикоцеле по Coolsaet в возрасте от 18 до 39 лет. В 67 (34,7%) случаях выполнена рентгенэндоваскулярная эмболизация вен яичка (РЭ). После РЭ рецидив варикоцеле был выявлен в 11 (16,4%) случаях: у 1 (0,6%) больного через 7 месяцев, у 10 – в периоде от 2 до 4 лет после операции. Трансперитонеальную лапароскопическую диссекцию (ТЛД) вен левого яичка выполнили 101 больному варикоцеле в качестве первого хирургического вмешательства и 25 – по поводу рецидива заболевания. Осложнений в раннем послеоперационном периоде не наблюдали. В сроки от 2 месяцев до 1 года после ТЛД диагностировали рецидив заболевания у 4 (3,2%) больных. Перспективой улучшения результатов хирургического лечения варикозного расширения вен семенного канатика является индивидуализация метода операции с учетом типа варикоцеле.

Ключевые слова: варикоцеле, хирургическое лечение.

Несмотря на заметную в последние десятилетия позитивную динамику внедрения в практику медицины новых методов и технологий, проблеме оценки путей оттока венозной крови от яичек и радикального лечения варикоцеле сохраняет прежнюю актуальность.

Варикозное расширение вен семенного канатика встречается у 8–20% мужчин в возрасте от 16 до 30 лет, причем, в 75,2% случаев – при условии выполнения им тяжелой физической нагрузки [4]. В 80–98% случаев варикоцеле развивается слева, в 2,1 – 8,3% – справа, в 2,6 – 38,6% – с двух сторон [5]. Среди этиологических факторов варикоцеле выделяют: дефекты клапанного аппарата яичковой вены; врожденную слабость венозных стенок; различную длину и малый просвет вен яичка; слияние левой яичковой и почечной вен под прямым углом [4].

Состояние местной гемодинамики при варикоцеле и связанные с этим нарушения чреватые, прежде всего, бесплодием. По оценке ВОЗ среди 16 причин бесплодия варикозное расширение вен семенного канатика занимает 5 позицию [8]. Среди страдающих бесплодием число пациентов с варикоцеле достигает 30–40% [1]. На сперматогенез и качество сперматозоидов способны оказать влияние гипертермия, снижение парциального давления кислорода в капиллярной сети яичка, парабактериальное состояние клеток Лейдинга за счет отека и вытекающий из этого эндокринный и паракринный дисбаланс [3].

Бесспорным приоритетом в лечении варикоцеле

пользуются хирургические методы. На современном этапе широко используются традиционные варианты хирургических вмешательств (операции Иванисевича, Мармара), микрохирургические (Belgrano, Голдстейна) и малоинвазивные – эндовидеохирургическое трансперитонеальное пересечение (операция Паломо) или рентгенэндоваскулярная окклюзия вен яичка [2, 7]. Несмотря на разнообразие используемых методов лечения частота рецидивов варикоцеле колеблется от 2% до 40%. Рецидивы варикоцеле связывают как с характером и качеством хирургического вмешательства, так и с анатомическими особенностями венозной сети [6]. Наиболее информативными методами оценки путей венозного оттока от яичка являются ультразвуковое сканирование и ангиография [2].

Целью работы является анализ результатов применения рентгенэндоваскулярной окклюзии и лапароскопической трансперитонеальной диссекции (клипирования) вен яичка в лечении варикоцеле.

Материалы и методы

С 2002 по 2011 год нами оперировано 193 больных со II и III стадиями первого типа варикоцеле по Coolsaet (наличие изолированного рено-тестикулярного рефлюкса) в возрасте от 18 до 39 лет с использованием малоинвазивных технологий. В одном случае патологический процесс локализовался справа. Из них у 25 больных варикоцеле имело рецидивный характер. Рецидив за-

болеванія в 12 випадках наступил після операції Іванисевича, в 11 – після рентгенендоваскулярної емболізації (РЭ) вен яєчка, в 2 – після трансперитонеальної лапароскопічної дисекції (ТЛД) вен лівого яєчка. 126 больним була виконана ТЛД вен лівого яєчка, 67 – РЭ вен яєчка з допомогою спіралі Гіантурко фірми «Ендомед». Всім операціям передшествовали ультразвукове сканування судів яєчка і флебографія.

Результати і їх обговорення

Проведення ангиографічних досліджень у 193 больних варикоцеле ліва при первинному їх зверненні передбачало, в тому числі, РЭ вен яєчка. Процедура оказалась виконаною лише в 67(34,7%) випадках. Серед інших больних неможливість емболізації була пов'язана в 69(35,8%) випадках з великим діаметром яєчкової вени; в 24(12,4%) – з наявністю двох і більше розширених яєчкових вен; в 23(11,9%) – наявністю тонкої сателітної яєчкової вени; в 6(3,1%) – злиттям під гострим кутом яєчкової і ниркової вен; в 4(2,1%) – проявленнями алергічної реакції пацієнтів на йод-содержаче контрастне речовина. Таким чином, за результатами флебографії у 47(24,4%) больних варикоцеле мали місце анатомічні передумови для рецидива захворювання в післяопераційному періоді при неадекватній дисекції вен в формі поливенозної системи шляхів відтоку крові від яєчка.

Після РЭ вен яєчка рецидив варикоцеле був виявлений в 11(16,4%) випадках: у 1(0,6%) больного через 7 місяців, у 10 – в періоді від 2 до 4 років після операції. У 9 больних причиною рецидива була реканалізація вени, у 2 – включення в патологічний процес сателітних вен.

ТЛД виконали 101 больному варикоцеле в якості першого хірургічного втручання і 25 – по приводу рецидива захворювання. Операцію виконували використовуючи два 10 мм порти: під пупком і в правій підвздошній області. Кліпировання і перерізання вен лівого яєчка при лапароскопії як правило не представляли технічних труднощів навіть при рецидивному варикоцеле. В 17 випадках кліпировані вени не пересікали. Головні перешкоди для ідентифікації і обробки вен яєчка були пов'язані з наявністю плоскостних спаек, фіксує сигмовидну кишку до парієтальної брюшини над судами, або варіанти розташування сигмовидної кишки і її брыжейки, ускладнюючі доступ до них. Спайки брюшної порожнини являлись наслідком перенесених хірургічних втручань, в тому числі і операцій по Іванисевичу. Во всіх випадках розділення спаек або мобілізація сигмовидної кишки забезпечували адекватний доступ до вен яєчка. Незважаючи на це, в одному випадку при варикоцеле II ступеня венні суди, супроводжуючі семенний канатик, нами ви-

явлені не були. Операція була обмежена діагностичною лапароскопією. ТЛД у 37 больних завершили дренируванням порожнини малого тазу з метою контролю за гемостазом. Осложнень в ранньому післяопераційному періоді не спостерігали. В термін від 2 місяців до 1 року після ТЛД у 4(3,2%) больних діагностували рецидив захворювання.

Таким чином, ні один з використаних нами методів не забезпечував гарантованої корекції варикоцеле: РЭ не завжди виконана і надійна, ТЛД допускала збереження незрозумілих вен. Це побудило нас до пошуку нових підходів в лікуванні даної патології.

Нами була здійснена спроба проведення хірургічного лікування варикоцеле в умовах, що поєднують технічні можливості лапароскопії і рентгенендоваскулярних технологій. Такі можливості забезпечувало проведення ТЛД при безпосередньому рентгенологічному контролі за станом венозного русла і кровообігу в лозовидному сплетенні. При такому підході оперировані 2 больних з рецидивом варикоцеле після двох спроб видалення захворювання.

В умовах рентгенендоваскулярної операції проводили селективну флебографію, при якій у одного больного виявили три додаткових функціонуючих венозних судів в лозовидному сплетенні, у другого – один. Під контролем лапароскопа і у першого больного поетапно під флебографічним контролем, збережені вени були виділені, кліпировані і перерізані. При контрольній флебографії ретроградне заповнення контрастом вен лозовидного сплетення відсутствовало. Операції були завершені дренируванням брюшної порожнини. Термін післяопераційного періоду гладкий.

Через 5 місяців, після проведених комбінованих шляхів операцій, у першого больного виявлений рецидив варикоцеле, а при флебографії – одна функціонуюча розширена вена лозовидного сплетення, у другого – стійкий позитивний лікувальний ефект.

Висновки

1. Хірургічне лікування варикоцеле представляє собою складну і не завжди успішно вирішувану задачу. Так, після рентгенендоваскулярної емболізації вен яєчка частота рецидивів складала 16,4%, після трансперитонеальної лапароскопічної дисекції – 3,2%.
2. Серед причин рецидивів варикоцеле після РЭ і ТЛД були реканалізація вен, збереження функціонуючих вен лозовидного сплетення, включення в кровоток «дремлючих» або прихованих венозних судів.
3. Перспективою покращення результатів хірургічного лікування варикозного розширення вен семенного канатика являється індивідуалізація методу операції з урахуванням типу варикоцеле.

Література

1. Годлевский Д. Н. Варикоцеле не детская болезнь. / Д. Н. Годлевский, А. Б. Окулов, Е. А. Володько // Андрология и генитальная хирургия. – 2008. – № 2. – С. 85–91.
2. Десятерик В. І. Хірургічне лікування варикозного розширення вен сім'яного канатика / В. І. Десятерик, О. В. Бровко, І. Б. Білий // Матеріали наукового конгресу «IV міжнародні Пироговські читання». XXII з'їзд хірургів України. Т. 1. – 2010. – с.142.
3. Евдокимов В. В. Нарушение сперматогенеза при варикоцеле / В. В. Евдокимов, Т. О. Селиванов // Андрология и генитальная хирургия. – 2006. – № 3. – С. 12–19.
4. Ишонаков Х. С. Современное состояние проблемы двустороннего варикоцеле (обзор литературы) / Х. С. Ишонаков, З. А. Кадыров, О. О. Зокиров, Н. О. Муминов, С. Н. Набиев // Андрология и генитальная хирургия. – 2007. – № 2. – С. 10–17.
5. Кадыров З. А. Двустороннее варикоцеле: эпидемиология, клиника и диагностика / З. А. Кадыров, О. В. Теодорович, О. О. Зокиров, Х. С. Ишонаков, Н. О. Муминов // Урология. – 2007. – № 3. – С. 64–70.
6. Лаврешин П. М. Оптимальный выбор хирургического лечения варикоцеле / П. М. Лаврешин, И. А. Панченко // Андрология и генитальная хирургия. – 2008. – № 1. – С. 23–26.
7. Лапароскопичне лікування варикоцеле у дітей / А. Переяслов, А. Дворакевич, О. Борова, та ін. // Матеріали наукового конгресу «IV міжнародні Пироговські читання». XXII з'їзд хірургів України. Т. 2. – 2010. – с.86.
8. Нікітін О. Д. Андрологічні аспекти безплідного шлюбу: стан проблеми, епідеміологія, класифікація (огляд літератури) / О. Д. Нікітін // Здоров'я чоловіка. – 2010. – № 3. – С. 108–116.

МОЖЛИВОСТІ І РЕЗУЛЬТАТИ ВИКОРИСТАННЯ МІНІІНВАЗИВНИХ ОПЕРАЦІЙ ПРИ ХІРУРГІЧНІЙ КОРЕКЦІЇ ВАРИКОЦЕЛЕ

Кутовий О. Б.¹, Козловський І. В.², Кутовий М. О.², Мирошніченко А. Ю.², Шкура М. М.¹

¹Дніпропетровська державна медична академія

²Дніпропетровська обласна клінічна лікарня ім. І. І. Мечникова

Частота рецидивів варикоцеле коливається від 2% до 40%, а вибір оптимального методу лікування є досить складним завданням. Мета роботи – аналіз результатів використання рентгенендоваскулярної оклюзії і лапароскопічної трансперитонеальної дисекції вен яєчка в лікуванні варикоцеле. Нами прооперовано 193 хворих з II та III стадіями першого типу варикоцеле по Coolsaet у віці від 18 до 39 років. В 67(34,7%) випадках виконана рентгенендоваскулярна емболізація вен яєчка (РЕ). Після РЕ рецидив варикоцеле був виявлений в 11(16,4%) випадках: у 1(0,6%) хворого через 7 місяців, у 10 – в період від 2 до 4 років після операції. Трансперитонеальну лапароскопічну дисекцію (ТЛД) вен лівого яєчка виконали 101 хворому варикоцеле в якості першого хірургічного втручання і 25 – з приводу рецидиву захворювання. Ускладнень в ранньому післяопераційному періоді не спостерігали. В строки від 2 місяців до 1 року після ТЛД діагностували рецидив захворювання у 4(3,2%) хворих. Перспективою покращання результатів хірургічного лікування варикозного розширення вен сім'яного канатика є індивідуалізація методу операції з урахуванням типу варикоцеле.

Ключові слова: варикоцеле, хірургічне лікування.

OPPORTUNITIES AND OUTCOMES OF MINIMALLY INVASIVE OPERATIONS FOR SURGICAL CORRECTION OF VARICOCELE.

Kutovoy A. B.¹, Kozlovskiy I. V.², Kutovoy M. A.², Miroshnichenko A. J.², Shkura M. N.¹

¹Dnipropetrovsk State Medical Academy

²Dnipropetrovsk Regional Clinical Hospital of I. I. Mechnikov

The recurrence rate of varicocele varies from 2% to 40%, and the selection of the optimal method of treatment is represented enough challenge. The aim of this study is to analyze the results of roentgenendovascular embolization and laparoscopic transperitoneal dissection of testicular vein in treating varicocele. We observed 193 patients with stage II and III of the first type of varicocele on Coolsaet in age from 18 to 39 years. In 67(34,7%) were performed testicular vein roentgenendovascular embolization (RE). Varicocele relapse after RE was detected in 11(16,4%) cases: in 1(0,6%) patient after 7 months, 10 – in a period of 2 to 4 years after treatment. Transperitoneal laparoscopic dissection (TLD) of the left testicular veins were performed in 101 patients with varicocele as the first surgical intervention, and 25 – for recurrent disease. There was no complications in the early postoperative period. The recurrent disease was diagnosed in 4(3,2%) patients in terms of 2 months to 1 year after the TLD. Prospect of improving the results of surgical treatment of varicose veins of the spermatic cord is the individualization of the operation method according to the type of varicocele.

Keywords: varicocele, surgical treatment.