

Выводы

1. ЭМА зарекомендовала себя как безопасный, эффективный и малоинвазивный метод хирургического лечения миомы матки.

2. Широкое внедрение ЭМА в клиническую практику позволит существенно улучшить результаты лечения с сохранением репродуктивной функции женщины.

ЛИТЕРАТУРА

1. Al-Badr A, Faught W. Uterine artery embolization in an undiagnosed uterine sarcoma. *Obstet Gynecol* 2001 May; 97 [5 Pt 2]: 836-7
2. Andersen PE, Lund N, Justesen P, et al. Uterine artery embolization of symptomatic uterine fibroids. Initial success and short-term results. *Acta Radiol.* 2001; 42:234-238.
3. Brunereau L, Herbreteau D, Gallas S, et al. Uterine artery embolization in the primary treatment of uterine leiomyomas: Technical features and prospective followup with clinical and sonographic examinations in 58 patients. *AJR Am J Roentgenol.* 2000; 175:1267-1272.
4. Belenky A, Cohen M, Bachar GN. Uterine arterial embolization for the management of leiomyomas. *Isr Med Assoc J* 2001 Oct; 3 [10]: 719-21
5. Berkowitz R.P., Hutchins E.L., Worthington-Kirsch R.L. Vaginal expulsion of submucosal fibroids following uterine artery embolization: a report of three cases. *J. Reprod. Med.* 1999; 44:373-376.
6. Доброхотова Ю.Э., Капранов С.А., Бобров Б.Ю., Алиева А.А. Эмболизация маточных артерий при лечении миомы матки. *Российский медицинский журнал* 2006; 23-25
7. Капранов С.А., Бреусенко В.Г., Доброхотова Ю.Э., Курцер М.А., Бобров Б.Ю., Краснова И.А. Эмболизация маточных артерий: Современный взгляд на проблему. *Диагностическая и интервенционная радиология Том 1* 2007; 72-87

УДК 616.147.22-007.64-06-005.7-073.75-089

© Р.М. Гарипов, О.В. Галимов, В.Ш. Ишметов, Л.Г. Чудновец, В.О. Ханов,
И.Ф. Мухамедьянов, Г.Т. Гумерова, А.В. Кондрашов, О.С. Шимков, 2008

Р.М. Гарипов, О.В. Галимов, В.Ш. Ишметов, Л.Г. Чудновец, В.О. Ханов,
И.Ф. Мухамедьянов, Г.Т. Гумерова, А.В. Кондрашов, О.С. Шимков

АЛГОРИТМЫ ДИАГНОСТИКИ И ВЫБОРА ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЦЕЛЕ

*Клиника ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский
университет Росздрава», г. Уфа*

Цель исследования: улучшить результаты диагностики и хирургического лечения варикоцеле.

Результаты: разработаны алгоритмы диагностики и выбора тактики хирургического лечения варикоцеле.

Выводы: Проанализированная совокупность результатов дополнительных методов исследований позволяет выставить показания к методике хирургического лечения варикоцеле.

Рентгенохирургический метод является одним из самых информационно обеспеченных и безопасных методов диагностики и хирургической коррекции варикоцеле.

Ключевые слова: варикоцеле, эмболизация, внутренние семенные вены.

R.M. Garipov, O.V. Galimov, V.Sh. Ishmetov, L.G. Chudnovets, V.O. Khanov,
I.F. Mukhamedyanov, G.T. Gumerova, A.V. Kondrashov, O.S. Shimkov

ALGORITHMS OF DIAGNOSTICS AND TACTICS OF SURGERY FOR A VARICOCELE

Purpose: to improve results of diagnostics and surgical treatment of a varicocele.

Results: the algorithms of diagnostics and tactics of surgery for a varicocele have been developed.

Conclusions: The combined results of additional methods of studies contribute to the choice of surgery for a varicocele.

The X-ray surgical technique is one of informative and safe methods of diagnostics and surgical correction of a varicocele.

Key words: varicocele, embolization, internal spermatic veins.

Количество больных, обращающихся по поводу варикоцеле, с целью лечения бесплодия, имеет тенденцию к росту. Остро встает вопрос избирательного подхода к методам

диагностики и оперативному лечению, и найти минимально инвазивные и недорогие методики, обеспечивающую решение этой проблемы [1,2,3,4].

Для выбора хирургического лечения варикоцеле необходим дифференцированный подход к Ia, Ib, II, III гемодинамическим типам данной патологии [7].

Цель исследования: улучшить результаты диагностики и хирургического лечения различных гемодинамических типов варикоцеле.

Материалы и методы

Клинический материал представлен 270 пациентами мужского пола, находившихся на стационарном лечении по поводу варикоцеле в отделениях сосудистой хирургии Клиники Башкирского государственного медицинского университета и урологии Больницы скорой медицинской помощи г. Уфы с 2003 по 2007 год.

В основу исследования положено комплексное обследование и лечение с применением рентгенэндоваскулярной эмболизации левой семенной вены (ЛСВ) 67 пациентов варикоцеле, которые составили основную группу.

В зависимости от способа оперативного вмешательства были выделены 3 клинические группы. Контрольную группу составили 203 пациента, которым оперативное вмешательство проводилось по общепринятой методике – операция Иванисевича – 180 пациентам (группа I) и с применением микрохирургического межвенозного левостороннего тестикуло-эпигастрального анастомозирования – 23 пациентам (группа II).

По степени заболевания большинство больных было с II степенью варикоцеле – 39 мужчин (58,2%) в основной группе и 112 больных (55,2%) контрольной группы.

Бессимптомное течение выявлялось на мед. осмотрах и на консультациях по поводу бесплодия (53,7% поступивших больных основной группы). Только 12 пациентов трех групп жаловались на болезненность и тяжесть

в мошонке при ходьбе, особенно после подъема тяжестей или другой физической нагрузки.

Первичная диагностика заболевания в условиях поликлиники основывалась на данных пальпации и визуального осмотра органов мошонки.

Степень заболевания определялась по трехступенчатой классификации А.З. Нечипоренко, модифицированной М. Г. Арбулиевым. Кремастерный рефлекс был снижен у 37 пациентов (13,2%).

При исследовании спермограммы у 76 пациентов (из них 36 больных основной группы) выявлены нарушение сперматогенеза разной степени, 28 пациентов были женаты и страдали бесплодием. У одного больного выявлена азооспермия.

С диагностической целью под местной анестезией выполняли пункцию правой подключичной вены надключичным доступом по Йоффе. Устанавливали интродьюсер по Сельдингеру. Поочередно катетеризировали нижнюю полую, левую подвздошную, правую почечную вены и измеряли прямое инвазивное кровяное давление, установленного на уровне почечных лоханок, затем измеряли давление в ортостазе, на уровне почечных лоханок, в спокойном состоянии и на пробе Вальсальвы. Используя разработанную нами методику рентгенохирургической диагностики гемодинамического типа варикоцеле (патент на изобретение № 2265402 от 10/12/2005 г. «Способ рентгенохирургической диагностики гемодинамического типа варикоцеле»), выполняли пальцевую компрессию на уровне средней трети пахового канала. Затем на пробе Вальсальвы проводили селективную ретроградную флебографию левой почечной вены (удостоверение на рационализаторское предложение № 2556 от 25.12.2002).

Таблица 1.

Признаки гемодинамических типов варикоцеле с показателями к хирургическому лечению

Показатели	I-реносперматический тип		II-илеосперматический тип	III-смешанный тип	
	а) аортomezентериальный «пинцет»	б) клапанная недостаточность ЛСВ		а) с невыраженным рефлюксом	б) с выраженным рефлюксом
Диаметр левой почечной вены в устье, мм	2,2	3,7	3,6	3,5	3,2
Давление в ЛПВ (ортостаз) мм рт.ст.	10–20	5–8	3–5	11–15	5–10
Давление в ЛПВ (клиностаз) мм рт.ст.	20–30	9–10	5–10	13–15	8–10
Градиент давления мм рт.ст.	5–10	3–5	Нет или 1–3	1–3	3–5
Рефлюкс	+++	+	–	–	+++
Давление в левой подвздошной вене	5–10	5–10	16–20	10–15	8–10
Диаметр ЛСВ (мм)	5–8	3–5	2	3–5	5–8
Показаны операции	тестикуло-эпигастральное анастомозирование	Эмболизация ЛСВ	дистальное тестикуло-сафенное анастомозирование	тестикуло-эпигастральное анастомозирование	Эмболизация ЛСВ
Кол-во прооперированных больных	абс.	3	50	3	6
	%	4,5	74,6	4,5	8,9
					7,5

Больным в зависимости от показателей давления в левой почечной вене в ортостазе, в клиностазе, градиенте давления при переводе из ортостаза в клиностаз, выраженности рефлюкса по ЛСВ, диаметра расширения и клапанной недостаточности яичковой вены определяли тип и выбор тактики хирургического метода лечения варикоцеле (табл. 1).

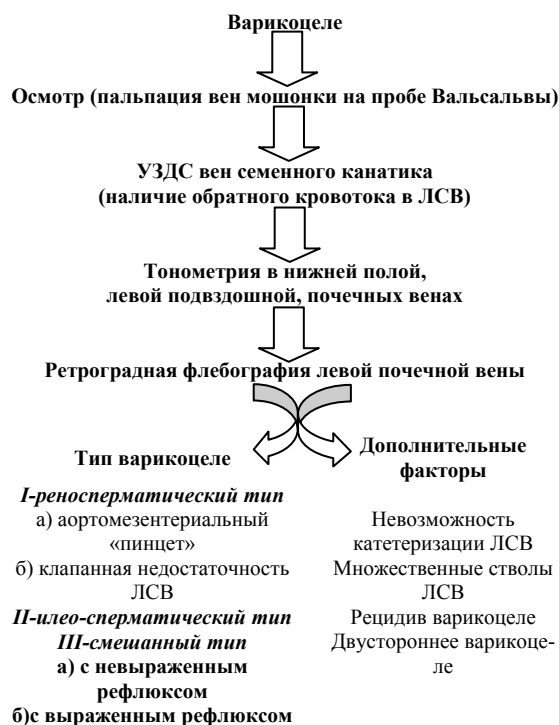


Рис. 1 Алгоритм диагностики гемодинамических типов варикоцеле

Результаты и обсуждение

На основании данных УЗДС-обследования, разработанных тензиометрических и флебографических критериев патологии левой почечной и левой внутренней семенной вены разработаны алгоритмы диагностики и выбора тактики хирургического лечения, а все больные варикоцеле разделены на 3 группы, используя алгоритм, представленный на рис. 1.

Выбор тактики хирургического лечения выполняли по составленному нами алгоритму (рис. 2).

1-ю группу 55 (21,2%) пациентов с клапанной недостаточностью ЛСВ реносперматического типа варикоцеле и смешанным (выраженный рефлюкс контраста по ЛСВ) типами. В этой группе выполняли эндоваскулярную эмболизацию ЛС спиралью -МРТБ.

Выявленным при рентгенохирургическом обследовании 9 (13,4%) больным с аортомезентериальным «пинцетом» реносперматического типа варикоцеле, эмболизация ЛСВ не проводилась.

Во 2-ю группу входили 23 (8,9%) больных, из них 18 (7%) со смешанным (невыраженный рефлюкс контраста по ЛСВ) типом и 5 (1,9%) с аортомезентериальным «пинцетом» реносперматического типа варикоцеле, выявлены при УЗДС – обследовании, выполняли межвенозное левостороннее тестикуло-эпигастральное анастомозирование при условии нарушенного сперматогенеза.

В 3-ю группу были включены 180 (69,9%) пациентов со смешанным типом, которым была выполнена операция Иванисевича.

Выявленным при рентгенохирургическом обследовании 3 (4,5%) больным: первый с множественными ветвями левой яичковой вены (более 4 вен-сателлитов) и двое с резко извитым стволом левой внутренней семенной вены в устье, технически не доступным для катетеризации) – выполнена операция Иванисевича на базе отделения сосудистой хирургии Клиники БГМУ. В контрольную группу эти больные не вошли.

Таким образом, основным оперативным пособием больным по поводу варикоцеле остается операция Иванисевича, выполненная 180 (69,9%) пациентам. Рентгеноэндоваскулярная эмболизация ЛСВ составляет 21,2% от общего числа прооперированных больных и представлена 55 пациентами, основной контингент которых – мужчины с инфертильностью (54%).

Сложное микрохирургическое вмешательство – межвенозное лево-стороннее тестикуло-эпигастральное анастомозирование – выполнено 23 больным, что составляет 8,9% от общего числа прооперированных больных.

В 9 (13,4%) случаях пациентам после выполненных измерений давления в венозной системе и левосторонней почечной флебографии выставлены показания к МЛТЭА (рис. 3).

Реабилитация в раннем послеоперационном периоде проходила значительно быстрее у пациентов 1-й группы, чем у прооперированных больных 2-й и 3-й групп. Они активизировались через 3–4 часа после операции без каких-либо проблем, связанных с болевым симптомом в области послеоперационной раны, в то время как пациентов 2-й и 3-й групп беспокоили боли, связанные с переменой положения тела, в течение первых 3–5 суток после операции. После эмболизации ЛСВ у 2 пациентов двусторонним варикоцеле наступило клиническое улучшение с обеих сторон.

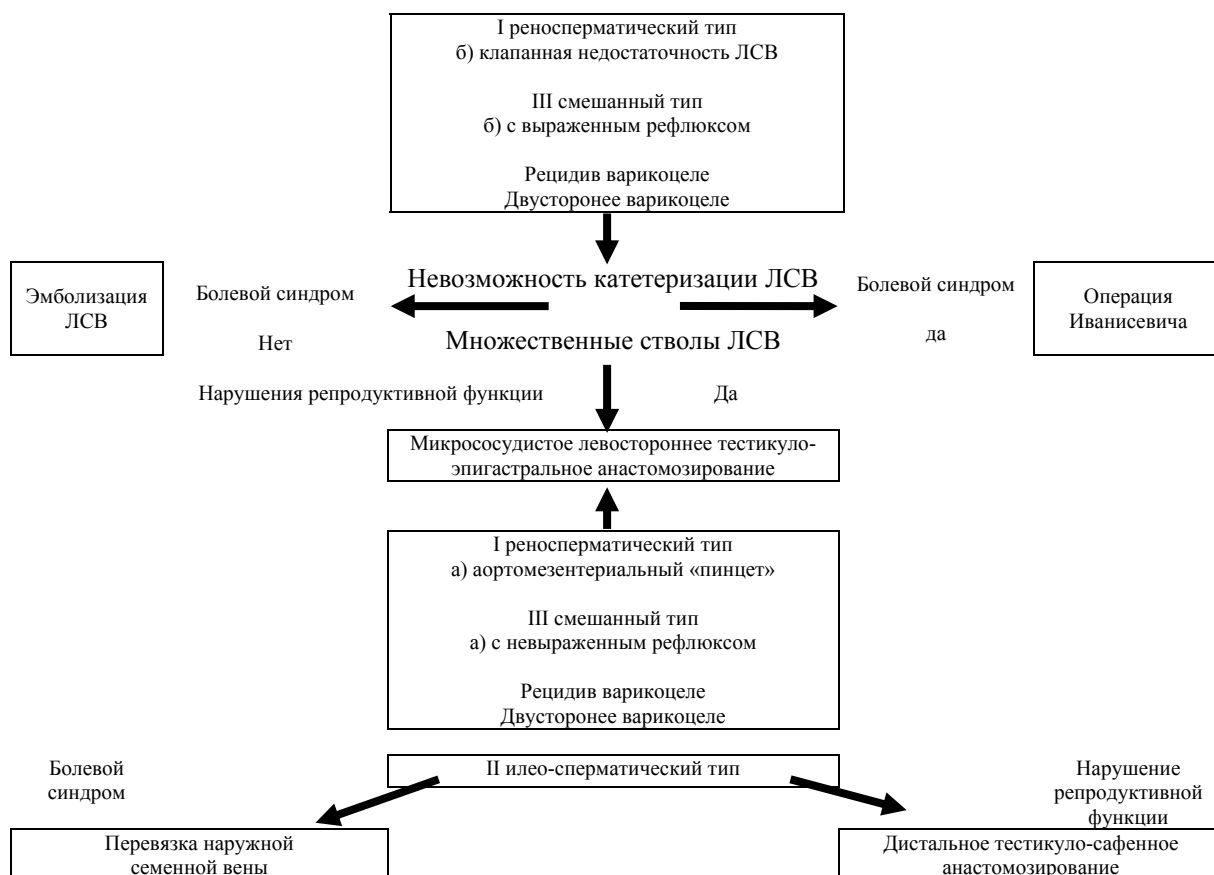


Рис. 2. Алгоритм выбора тактики хирургического лечения гемодинамических типов варикоцеле



Рис. 3. Флебограмма больного с варикоцеле II степени.
ЛСВ в диаметре 3 мм с множественными ветвями;
а – до и б – после эмболизации.

Выводы:

1. Проанализированная совокупность признаков и данных, полученных при УЗИ, доплерографии, тензиометрии в нижней полой, левой подвздошной, правой и левой почечной венах с изменением положения тела в ортостазе и клиностазе, левосторонней ренофлебографии, позволяет выставить показания к

определенной методике хирургического лечения столь сложной патологии как варикоцеле.
2. Применение методики «Способ рентгенохирургической диагностики гемодинамического типа варикоцеле» позволяет улучшить показатели диагностики, выбрать правильную тактику ведения больного, тем самым, обеспечивая оптимально низкую частоту рецидивов.

3. Рентгенохирургическое лечение является одним из самых информационно обеспеченных и безопасных методов хирургической коррекции варикоцеле.

ЛИТЕРАТУРА

1. C.Trombetta, M. Deriu, E. Salisci, E. Belgrano. Чрескожная склеротерапия варикоцеле. Сосудистая андрология: эректильная дисфункция, приапизм и варикоцеле. А.Ледда. –М.: Академический печатный дом, 2002. С.-116.
2. Coolsaet B.L. The varicocele syndrome: venography determining the optimal level for surgical management. J. Urol. 1980. 124: 833-839.
3. Ozbek E., Turkoz Y., Gokdeniz R., Davarci M., Ozogurlu F.: Increased nitric Oxide production in the spermatic vein of patients with varicocele. Eur. Urol.V. 37.P.172-175.2000
4. Shafik A., Bedeir G.A.M.: Venous tention patterns in cord veins. I. In normal and varicocele individuals. J. Urol., 123: 383-385, 1980.
5. Ross, L.S., Ruppman, N.: Varicocele vein ligation in 565 patients under local anesthesia: a long – term review of technique, results and complications in light of proposed management by laparoscopy. J.Urol., 149: 1361, 1993.
6. Згонник Ю.М.: Особенности диагностики и лечения рецидивов варикоцеле. Дисс. ...к.м.н., Киев, 164 С.,1986.
7. Лопаткин Н.А., Морозов А.В., Житникова Л.Н.: Стеноз почечной вены, Москва, «Медицина». 1984, 139 С.

УДК 616.61-053.2-089.

© А.А. Гумеров, В.У. Сатаев, А.Г. Цыряк, И.А. Мамлеев, В.Г. Алянгин, Х.Ю. Еникеев, 2008

А.А. Гумеров, В.У. Сатаев, А.Г. Цыряк, И.А. Мамлеев, В.Г. Алянгин, Х.Ю. Еникеев АЛЬТЕРНАТИВНАЯ МАЛОТРАВМАТИЧНАЯ МЕТОДИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ

*ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет Росздрава», г. Уфа
МУ «Городская детская клиническая больница №17», г. Уфа
ГУЗ «Республиканская детская клиническая больница МЗ РБ», Уфа*

В статье представлен пятилетний опыт видеоэндохирургических вмешательств на ретроперитонеальном пространстве у 33 детей в возрасте 1-16 лет. Произведено иссечение кист почек у 27 больных, нефроуретерэктомия - у 3, уретеролиз - у 2, эхинококкэктомия - у 1 пациента. Создание оптического пространства для оперативного вмешательства осуществлялось при помощи баллонного гидродиссектора, разработанного в клинике детской хирургии Башкирского государственного медицинского университета и защищенного Патентом Российской Федерации. В работе представлено подробное описание устройства, показана техника наложения ретрокарбоксеритонеума и различных видов оперативного вмешательства. Отмечено, что предлагаемая методика, относящаяся к хирургическим технологиям искусственно созданных пространств, позволяет улучшить результаты лечения детей с патологией почек.

Ключевые слова: оперативное вмешательство, болезни почек, дети, баллонный гидродиссектор.

A.A. Gumerov, V.U. Satayev, A.G. Cyryak, I.A. Mamleyev, V.G. Alangin Kh. Yu Enikeyev, ALTERNATIVE MINI-TRAUMATIC METHOD OF SURGICAL TREATMENT OF DISEASES KIDNEYS AT CHILDREN

In this article we present our five years' experience of videoendosurgical interventions on retroperitoneum at 33 children in the age of 1-16 years. We used this technology in cystectomy at 27 children with cystic kidneys, nephroureterectomy at 3 children, ureterolysis at 2 children and echinococcectomy at 1 patients. The optical space to make these surgical interventions was achieved with the use of balloon hydrodissector, which was developed in clinic of children's surgery of the Bashkir State Medical University and protected by the Patent of the Russian Federation. In this work the detailed description of the device, retrocarboxyperitoneum application techniques and various kinds of surgical techniques are presented. It is marked, that the proposed technique, concerning to surgical technologies of artificial spaces, allows to improve results of treatment of children with mentioned pathology of kidneys.

Key words: surgical techniques, diseases of kidneys, children, balloon hydrodissector

В ведущих клиниках Российской Федерации в детскую урологическую практику при операциях на почках постепенно как альтернатива высокотравматичным открытым дос-

тупам внедряются закрытые доступы с помощью эндовидеохирургической техники. В доступной литературе в основном встречаются сообщения о применении лапароскопиче-