

УДК 616.147.22-007.64-07-08

**СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ
И ЛЕЧЕНИЮ ВАРИКОЦЕЛЕ**

О.Е. Логинов, А.П. Медведев, Ю.В. Белоусов, Л.Н. Иванов, отделение хирургии сосудов,
ГВ «Специализированная кардиохирургическая клиническая больница», г. Н. Новгород

Варикозное расширение вен семенного канатика, несмотря на внедрение высокотехнологичных методов диагностики и хирургического лечения, остается актуальной проблемой современной медицины. Высокая частота рецидивов заболевания и тесно связанное с варикоцеле бесплодие подчеркивают актуальность проблемы и необходимость четкого алгоритма ультразвуковой, флебографической диагностики для определения тактики оперативного лечения.

Varicose veins of spermatic cord remains an actual problem of present-day medicine inspite the introduction of high-tech methods of diagnostics and surgical treatment. High frequency of illness recurrences and infertility tightly connected with varicose veins underline the topicality of the problem and the need for clear algorithm of ultrasonic, phlebographic diagnostics in determination of operative treatment tactics.

Введение

Варикозное расширение вен семенного канатика, несмотря на внедрение высокотехнологичных методов диагностики и хирургического лечения, остается актуальной проблемой современной медицины. Ситуация обусловлена высокой частотой рецидивов заболевания, поражением репродуктивной функции яичек с развитием мужского бесплодия. По данным различных исследователей, варикоцеле выявляется у 8-20% мужчин фертильного возраста и у 8-9% мальчиков в возрасте 10-15 лет [1-4]. Среди мужчин, страдающих бесплодием, количество больных варикоцеле достигает 39-50% [6]. Несмотря на массовый характер заболевания, многочисленные исследовательские работы, до сих пор не сформулированы патогенетические основы лечебной тактики, не выяснены механизмы формирования рецидива заболевания.

Более 80 лет прошло с момента предложенной О. Ivanishevich операции лигирования левой яичковой вены при варикоцеле. Длительное время она оставалась основным хирургическим методом лечения варикоцеле [7]. В 1955 году В.В. Яковенко впервые выполнил оперативное вмешательство на наружном венозном коллекторе левого яичка при варикоцеле – перевязку и иссечение v.cremasterica. Однако высокая частота рецидивов заболевания заставляла многочисленных ученых искать новые методы диагностики и оперативного лечения этой на первый взгляд безобидной и не вызывающей особых жалоб у пациента патологии.

Причины варикозного расширения вен семенного канатика изучены достаточно хорошо. К ним относят: 1) дефект клапанного аппарата яичковой вены; 2) врожденную слабость венозной стенки; 3) впадение левой яичковой вены в почечную под прямым углом; 4) левостороннее варикоцеле как симптом регионарной почечной венозной гипертензии.

Регионарная почечная венозная гипертензия возникает в результате сдавления левой почечной вены устьем верхней брыжеечной артерии и передней стенкой аорты. Как следствие этого сдавления формируется престенотическое расширение левой почечной вены, нарушение кровотока по

ней, что в конечном итоге приводит к развитию регионарной венозной гипертензии. В этом случае левая яичковая вена выполняет роль компенсаторного ренокавального анастомоза и развивается вторичное варикоцеле [5].

До настоящего времени выполняются лигирующие операции на левой яичковой вене без предварительного ультразвукового, флебографического обследования. Высокая частота рецидивов заболевания и тесно связанное с варикоцеле бесплодие подчеркивают актуальность проблемы и необходимость четкого алгоритма ультразвуковой, флебографической диагностики для определения тактики оперативного лечения.

Материал и метод

В течение 1998-2005 гг. в отделении хирургии сосудов специализированной клинической кардиохирургической больницы находились на лечении 110 больных с левосторонним варикоцеле в возрасте от 6 до 41 года (средний возраст 16,7), с 2-й и 3-й стадиями заболевания по классификации Н.А. Лопаткина. В первую группу вошли 35 пациентов, которые ранее перенесли 1 и более хирургических вмешательств на левой яичковой вене. Сроки рецидива заболевания колебались от 1 месяца до 1 года с момента операции. 65 больных с первичным варикоцеле составили вторую группу.

Структура жалоб пациентов обеих групп была неоднородной и включала в себя чувство тяжести, тянущие боли в области яичка после физической нагрузки, бесплодие, артериальную гипертензию, а также полное отсутствие таковых.

Комплекс клинического и инструментального исследования включал в себя физикальное обследование и сбор анамнеза, ультразвуковую доплерографию вен семенного канатика в до- и послеоперационном периоде. УЗДГ выполняли на аппарате Vasoflo-3 фирмы Sonicaid. Исследование проводилось в положении пациента стоя, при нормальном дыхании. Затем проводилась проба Вальсальвы, что повышало внутрибрюшное давление. При этом регистрировался обратный ток крови в системе левой яичковой вены. Всем пациентам выполнялось дуплексное сканирование почечных и левой яичковой вены для выяв-

ления синдрома сдавления левой почечной вены в аорто-мезентериальном пинцете. Следующим этапом диагностики выполнялась флебография почечных и левой яичковой вены с регистрацией прямого давления в левой почечной вене. Больным с наличием бесплодия в анамнезе проводился морфологический анализ эякулята в различные сроки до и после операции.

Все больные были оперированы. Характер оперативных вмешательств представлен в таблице.

Таблица. Характер оперативных вмешательств

Операция Иванисевича	10	9,1%
Рентгенэндоваскулярная окклюзия яичковой вены	86	78,2%
Тестикуло-илиакальный анастомоз	14	12,7%

Типы выполненных оперативных вмешательств зависели от результатов проведенного ультразвукового и флебографического обследования. У 14 пациентов с выявленным синдромом сдавления левой яичковой вены в аорто-мезентериальном пинцете выполнены операции формирования тестикуло-илиакальных анастомозов по методике Н.А. Лопаткина. Показанием к операции служили данные дуплексного сканирования почечных и левой яичковой вены, данные флебографии и флеботонометрии. 86 пациентам с нормальным давлением в стволе левой почечной вены и выраженным ретроградным сбросом по левой яичковой вене выполнена рентгенэндоваскулярная окклюзия левой яичковой вены. В качестве эмболизирующего материала использовали спирали Cook и фибросклерозирующие препараты. К выбору методики окклюзии подходили с учетом диаметра основного ствола левой яичковой вены и характера рефлюкса по ней. У 10 пациентов в результате проведенного флебографического обследования был выявлен рассыпной тип формирования левой яичковой вены. В этой группе больных была выполнена операция Иванисевича с лигированием всех выявленных при флебографическом исследовании стволов левой яичковой вены.

Результаты и их обсуждение

Операции формирования тестикуло-илиакальных анастомозов диктовались необходимостью сохранения обходного венозного ренокавального анастомоза, компенсаторно развившегося в связи с затруднением венозного оттока из почки. Следует отметить, что при выполнении типичной операции Иванисевича разрушается именно этот обходной анастомоз. Показанием к выполнению данного вида вмешательств являлось давление в стволе левой яичковой вены более 10 мм рт. ст., данные дуплексного сканирования левой почечной вены. Наибольшей информативностью в настоящее время обладают методы прямой визуализации просвета и стенок сосудов в сочетании с дуплексным сканированием и цветовым картированием кровотока и доплеровским анализом спектра частот [11,12]. Благодаря ультразвуковым методам исследования появилась возможность скрининговой оценки гемодинамических параметров

почечного кровотока, что позволяет выявить группу больных для дообследования с применением ангиографических методик [15,16]. Налицо преимущества метода: неинвазивность, возможность повторных исследований, одновременное исследование вен и артерий. В настоящее время большинство авторов [17-20] считают, что для постановки диагноза аорто-мезентериальной компрессии левой почечной вены с использованием дуплексного сканирования необходимым и достаточным является измерение диаметра и скоростей кровотока в проксимальной и дистальной частях ЛПВ.

Рентгенэндоваскулярная окклюзия левой яичковой вены выполнена у 86 больных. В качестве эмболизирующего материала использовались спирали Cook и растворы фибросклерозирующих препаратов. Применение окклюдеров разных типов зависело от диаметра основного ствола левой яичковой вены и характера рефлюкса по ней. Необходимо подчеркнуть, что окклюзирующие операции на яичковой вене возможны при условии нормальных показателей давления в стволе левой почечной вены.

Операции Иванисевича выполнены у 10 больных с рассыпным типом строения основного ствола левой яичковой вены по данным ретроградной флебографии. Дооперационное ангиографическое обследование позволяет визуализировать добавочные стволы яичковой вены и вены-сателлиты, которые часто являются причиной рецидива варикоцеле.

В отдаленном периоде наблюдались 37 больных в сроки от одного года до 4 лет после операции. Рецидивы заболевания отмечены у 5 больных (4,5%). Контрольная флебография выполнена у 14 больных с согласия пациентов. Причинами рецидива явились оставшиеся мелкие ветви левой яичковой вены, которые были ликвидированы во время повторной операции. Контрольная флебография была выполнена 5 пациентам, перенесшим операцию формирования тестикуло-илиакальных анастомозов в сроки от 6 мес. до 1 года. Во всех случаях отмечена проходимость анастомозов.

Выводы

1. Необходимо тщательное ультразвуковое обследование больных с варикоцеле, что дает возможность скрининговой оценки кровотока по левой яичковой вене и позволяет выявить больных для проведения флебографической диагностики.
2. Флебографическое и флеботонометрическое исследование дает исчерпывающее представление о вариантах развития левой яичковой вены, позволяет выявить синдром почечной венозной гипертензии.
3. При выявлении регионарной венозной гипертензии в бассейне левой почечной вены методом выбора хирургического лечения является формирование тестикуло-илиакальных анастомозов.
4. Рентгенэндоваскулярная окклюзия левой яичковой вены предпочтительна у пациентов с нормальными показа-

телями давления в бассейне левой почечной вены и магистральным типом строения яичковой вены.

5. Целесообразно сузить показания к проведению лигирующих операций на левой яичковой вене без предварительного ультразвукового исследования бассейна левой почечной вены.

МА

ЛИТЕРАТУРА

- 1.** Аврамченко И.П. Варикоцеле у детей // Актуальные вопросы клинической медицины. Материалы краев. Научн.-пр.конференции. Комсомольск-на-Амуре,1998,с. 78-82.
- 2.** Артифесков С.Б. Патогенез сосудистых форм мужской infertility: Автореферат дисс.докт. мед. наук. Челябинск, 1992.

- 3.** Артыков К.П., Курбанов У.А., Давлятов А.А., Баратов А.К. Формирование тестикуло-илиакальных анастомозов при лечении варикоцеле. Ангиология и сосудистая хирургия. 2002. 4. С. 57-61.

- 4.** Бытко П.С., Крипс Г.М., Проксимальный тестикуло-ренальный анастомоз при варикоцеле // Урология и нефрология. 1976.

- 5.** Воронцов Ю.П., Водолазов Ю.А. Эндоваскулярное окклюзирование внутренней семенной вены при варикоцеле у детей и подростков // Клиническая хирургия. 1985. С. 37-38.

- 6.** Деревянко И.М., Панченко И.А. Варикоцеле как синдром почечной венозной гипертензии // Урология и нефрология. 1996.

- 7.** Исаков Ю.Ф., Ерохин А.П. К проблеме варикоцеле у детей // Урология и нефрология.1977. N5. С. 51-56.

- 8.** Ivanssevich O. Left varicocele due to reflux: experience with 4470 operative cases in forty-two years. Coll.Surg.1960,34:12:742-755.

- 9.** Кондаков В.Т., Пыков М.И. Варикоцеле. 2000.

- 10.** Cornud F., Belin X., Amar E. et al. Varicocele: strategies in diagnosis and treatment. Eur.Radiol. 1999;9:3:536-545.

- 11.** Лопаткин Н.А. Патогенетическое обоснование нового способа лечения варикоцеле // Урология и нефрология. 1973. 5. С. 31-34.