

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА СПОСОБОВ МИКРОХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПРИ ВАРИКОЦЕЛЕ

М.Э. Ситдыкова, С.А. Аллазов, М.А. Фахратов, Д.Р. Саяпова, С.С. Аллазова

Кафедра урологии (зав. – проф. М.Э. Ситдыкова) Казанского государственного медицинского университета, курс урологии (зав. – проф. С.А. Аллазов) Самаркандского медицинского института

Варикоцеле, т.е. варикозное расширение вен гроздьевидного сплетения, развивающееся больше с левой стороны (до 85%), часто встречается у детей и подростков, однако из-за несвоевременной диагностики обнаруживается зачастую только врачебной призывной комиссией [3, 7, 8, 12]. В патогенезе варикозного расширения вен семенного канатика имеет значение обратный ток венозной крови из почечной в яичковую вену из-за венозной гипертензии, обусловленной врожденным отсутствием клапанов тестикулярной вены (первичное варикоцеле), а также нередко из-за сужения устья левой почечной вены (вторичное варикоцеле), артериовенозных свищей и фиброза забрюшинного пространства [2, 10]. Важно отметить, что среди причин мужского бесплодия варикоцеле встречается от 39 до 50% [1], поэтому в диагностике и дифференциальной диагностике, а также в профилактике важным моментом является определение infertilityности больного.

Известно, что в настоящее время в общехирургических и урологических отделениях все еще часто применяется перевязка тестикулярной вены слева в ее нижней трети, так называемая операция Иванисевича, предложенная еще в 1918 г. [3, 10]. Несмотря на то что многие хирурги и урологи считают эту операцию методом выбора, имеется немало сообщений о частых случаях рецидива (до 30%) данного заболевания. Изучение отдаленных результатов показало, что эта операция не всегда патогенетически обоснована и физиологична, а также не предотвращает рецидивы и почечно-венную недостаточность [3, 6, 11]. Предложенные проксимальные тестикуло-сафенные и тестикуло-илиакальные анастомозы анатомически и технически сложны.

В первом случае реверсированную часть большой подкожной вены необходимо проводить под паупертовой связкой через паховую канал в глубину забрюшинного пространства и накладывать анастомоз под поперечной и внутренней косой мышцами живота. Очевидно, что подобный венозный анастомоз нередко склонен к тромбированию.

Во втором случае технически очень сложно наложить тестикуло-илиакальный анастомоз "конец в бок", так как мобилизация левой общей подвздошной вены представляет большие трудности на глубине операционной раны. К тому же практически очень трудно идентифицировать функциональную способность (проходимость) подобного анастомоза и нередко они тромбируются [5, 9].

Существуют различные современные способы хирургического лечения варикоцеле: лигирование тестикулярной вены или лигирование с пересечением, наложение сосудистых анастомозов, склеротерапия и эмболизация, электрокоагуляция лазерным излучением, высокочастотным или сверхвысокочастотным электромагнитным полем. В последнее время благодаря внедрению в клиническую практику современной технологии появились сообщения о лапароскопической коррекции варикоцеле.

На большом клиническом материале (268 больных) В.Т. Кондаков и М.И. Пыков [4] обосновали эффективность хирургической обработки венозных сосудов яичка, представляющие собой расширенный вариант операции Иванисевича. Она заключается в иссечении тестикулярной вены на протяжении, лигировании и пересечении ее ветвей и коммунікантных сосудов в расчете на полное разрушение рено-тестикулярного пути патологического кровообращения, ответственного за возникновение варикоцеле. Авторы считают, что данная операция не оставляет анатомического субстрата для развития рецидивов и других осложнений, предупреждение которых остается актуальной задачей. Мы предполагаем, что излишний радикализм этой операции – фактически флэбектомия варикозно-расширенных вен тестикулярного венозного русла – также чревато другими осложнениями – уменьшением или даже редуцированием артериального притока и нарастанием гипоксии яичка.

Травматичность, частые послеоперационные осложнения (тромбоз, кровотечение и гематомы, а также водянка оболочек яич-

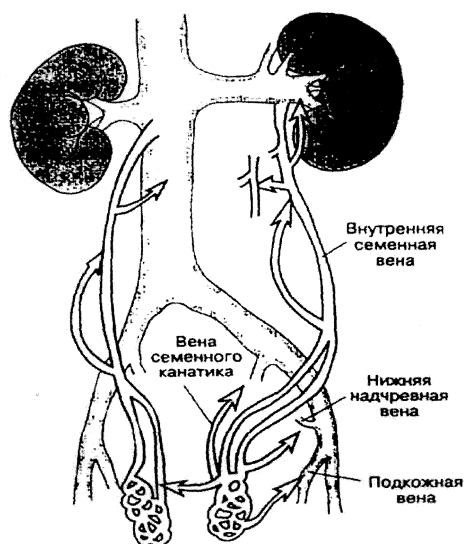


Рис. 1. Возможные пути венозного оттока при варикоцеле.

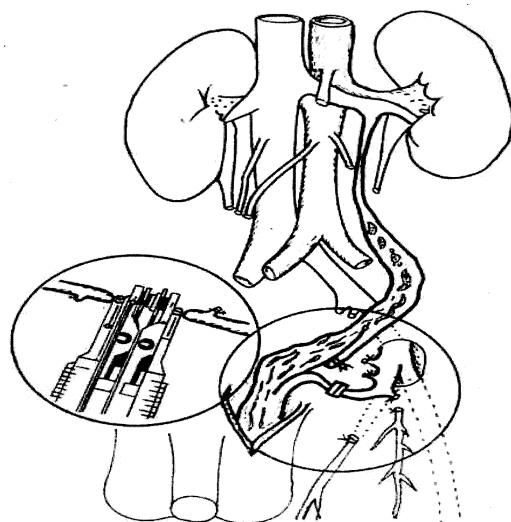


Рис. 2. Схема микрососудистого дистального пампиниформо-сафенного анастомоза.

ка) при традиционных операциях уступают микрохирургическим операциям при варикоцеле, сводящие подобные осложнения к минимуму.

Микрососудистый дистальный пампиниформо-сафенный анастомоз, предложенный Э.Н. Ситдыковым и др. в 1988 г. [8] (рис. 2), фактически устраняет отмеченные выше недостатки хирургического лечения варикоцеле и на примере 54 больных способствует предупреждению рецидивов заболевания.

С 1991 г. нами применялись реконструктивные микрососудистые коррелирующие операции в лечении варикозного расширения вен семенного канатика. Обследованы 196 больных от 7 до 44 лет. Из них до 10 лет было 14 больных, до 20 – 159, до 30 – 12 и старше 40 – 11. Больных обследовали общеклиническими и инструментальными методами, в частности ультразвуковым сканированием левой почечной вены на предмет выявления сужения ее устья и определения дистального диаметра. Был оперирован 181 больной (15 больных отказались от операции по различным причинам). Им была произведена в 92 случаях операция Иванисевича. В последнее время выполнялись микрососудистая коррекция с помощью наложения тестикуло-сафенного реверсированного анастомоза у 89 больных, (из них проксимального у 69), а также декомпрессия как дистального, так и проксимального колена яичковой вены (у 3). Преимуществами этой операции являются ее патогенетическая обоснованность, и преж-

де всего декомпрессия флебогипертензии в левой почечной вене, профилактика рецидива варикоцеле, а также осложнений (макро- и микрогематурия и почечно-венная недостаточность). После операции Иванисевича у 18 больных были установлены рецидивы варикоцеле в течение одного года. Всем им была произведена микрососудистая реконструктивная операция, т.е. тестикуло-сафенный микрохирургический анастомоз с хорошими отдаленными результатами. При микрохирургических тестикуло-сафенных анастомозах рецидивов не наблюдалось. УЗИ 41 больного после операции показало достоверное уменьшение диаметра левой почечной вены на 4–6 мм, а у одного больного – на 10 мм в ближайшем послеоперационном и на 12 мм в отдаленном периоде наблюдения (до операции было 24 мм). 17 больных с первичным и вторичным бесплодием после операции имели нормальное потомство.

Таким образом, современная модифицированная микрохирургическая корригирующая реконструктивная операция – тестикуло-сафенный анастомоз – является патогенетически обоснованной операцией выбора при варикоцеле.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бегиашвили Т.В. Бесплодный брак. – Тбилиси, 1954. – Т. 2. – С. 172.
2. Гребенщиков Г.С., Шевцов И.П. Руководство по клинической урологии. – М., 1970.

3. Исаков Ю.Ф. Хирургические болезни у детей. – М., 1993. – С. 274–275.
4. Кондаков В.Т., Пыков М.И. Варикоцеле. – М., 2000.
5. Куценко В.А. // Военно-мед. журн. – 1983. – № 7. – С. 67–68.
6. Песин А.Л. // Здравоохран. Казах. – 1987. – № 9. – С. 63–64.
7. Серняк П.С., Сагатович А.И., Фролов С.Г. и др. Материалы VII международного конгресса урологов. – Харьков, 1998. – С. 106–108.
8. Ситдыков Э.Н., Гайнуллин У.С., Ситдыкова М.Э., Хайдаров Ф.Ф. Способ лечения варикоцеле. Авт. свид. изобр. SU, 1426553, А1. Бюл. № 36, 30.09.88.
9. Степанов В.Н., Кадыров З.А. Диагностика и лечение варикоцеле. – М., 2001. – С. 169.
10. Crais Th.P. // Plast. Surg. – 1983. – Vol. 10. – P. 135–139.
11. Ivanesevich O. // Smena Med. – 1918. – Vol. 25. – P. 575.

12. Silber S.I. // Fertik. Stril. – 1979. – Vol. 31. – P. 230–232.

Поступила 21.09.06.

COMPARATIVE EVALUATION OF DIFFERENT MICROSURGERY METHODS USED IN VARICOCELE

M.E. Sitykova, S.A. Allazov, M.A. Fakhratov,
D.R. Sayarova, S.S. Allazova

Summary

181 patients with varicose vein disease of vas deference were treated by reconstructive microvessel surgery methods since 1991. In 92 cases surgical method by Ivanesevich was used. More recently microvessel correction by reverse testiculo-saphenous by-pass operation was used. It was found that modified microsurgical correction by testiculo-saphenous by-pass operation is pathogenetically approved surgical choice in varicocele.

УДК 618. 2/. 7 – 092 : 612. 017] – 07

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ РЕГУЛЯТОРНЫХ АУТОАНТИТЕЛ У ЖЕНЩИН С ОТЯГОЩЕННЫМ АКУШЕРСКИМ АНАМНЕЗОМ

М.А.Нюхнин, Р.С. Замалеева, Л.И. Мальцева

*Кафедра акушерства и гинекологии №1 (зав. – проф. Л.И. Мальцева) Казанской
государственной медицинской академии последипломного образования*

В настоящее время актуальность проблемы репродуктивного здоровья женщин не вызывает сомнения. В современных условиях на фоне резкого снижения рождаемости и индекса здоровья населения, а также повышения смертности особенно выражено проявляется недостаточная эффективность функционирования прежней системы оказания медицинской помощи женщинам фертильного возраста и беременным [1]. Одним из важнейших факторов, определяющих здоровье человека на всем протяжении его жизни, является благоприятное течение антенатального периода его развития [5]. Отсюда понятно, почему проблема обеспечения физиологического течения и благоприятного исхода родов у женщин в целом, и в частности при отягощенном акушерском анамнезе (ОАА) [1], занимает лидирующее место в практическом акушерстве.

Одним из наиболее перспективных направлений в изучении этиологии и патогенеза неблагоприятных исходов беременности представляются исследования в области иммунологии и иммунопатологии репродукции [4]. С точки зрения иммуно-

логии репродукции большой интерес вызывают изменения со стороны естественных регуляторных аутоантител, ответственных за процессы эмбриогенеза [2, 3, 4, 6]. При анализе состояния иммунной системы у женщин мы использовали мультиантигенную тест-систему (метод ЭЛИ-П-Комплекс), позволяющую одновременно оценивать сравнительные (парциальные) изменения в содержании восьми разных видов регуляторных аутоантител.

С целью определения прогностической значимости нарушений сывороточного содержания некоторых регуляторных аутоантител у 380 женщин с отягощенным акушерским анамнезом (основная группа) был проведен комплексный анализ сывороточного содержания регуляторных аутоантител класса IgG, связывающихся двуспиральной ДНК, Fc фрагментами иммуноглобулинов (ревматоидный фактор), коллагеном, ХГЧ, белком МР-65, белком S100, β_2 -гликопротеином I и аутоантителами к β_2 -гликопротеину I. Были определены взаимосвязи между уровнем исследуемых регуляторных аутоантител в крови и данными анамнеза, течением беременности, исхода-