

# Ультразвуковая диагностика варикозного расширения вен гроздьевидного сплетения при бесплодии у мужчин

**З.Р. Шодмонова, Б.Т. Ишмуродов, Р.Р. Гафаров, Ю.Н. Искандаров**

Самаркандский медицинский институт

По литературным данным, мужской фактор в структуре бесплодного брака составляет от 30% до 50%. Существование проблемы мужской инфертильности обусловлено, с одной стороны, широкой распространенностью и социально-демографическими последствиями бесплодия, с другой – полиэтиологичностью и недостаточным знанием ее патоморфогенеза, что приводит к низкой эффективности существующих методов лечения.

Мужское бесплодие – состояние, которое является следствием ряда заболеваний или суммарных патологических воздействий на репродуктивную систему мужчины. По данным ВОЗ (2000) в настоящее время выделяют около 30 основных причин мужской инфертильности.

Это заболевания половых желез, эндокринные и генетические нарушения, травмы и операции на половых органах и т. д.

Варикозное расширение вен гроздьевидного сплетения имеет важное клиническое значение, поскольку является наиболее частой причиной бесплодия у мужчин. Частота встречаемости варикоцеле среди больных бесплодием достигает 40%. Известно, что существующие как клиническая, так и функциональная (субклиническая) формы заболевания, приводят к нарушению сперматогенеза. Однако не всегда удается своевременно диагностировать и, естественно, проводить лечение субклинической формы заболевания, которая, наряду с клинической формой варикоцеле, обуславливает нарушения сперматогенеза, приводящие к бесплодию.

**Цель исследования:** раннее выявление и определение форм варикоцеле при мужском бесплодии в группе исследуемых больных.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

За период 2012–2015 гг. в отделении урологии СФРНЦЭМП были обследованы 277 больных (в возрасте 18–41 года), обратившихся за медицинской помощью по причине бесплодия в браке на протяжении 1 года и более с левосторонним варикоцеле и нарушением сперматогенеза.

Всем пациентам было проведено исследование семенной жидкости. Пациенты с патологическими изменениями показателей семенной жидкости направлены на УЗИ органов мошонки. УЗИ проводили на аппарате Mindray DFN линейным мультисекторным датчиком (7–12 МГц). Все исследования выполняли в В-режиме и при необходимости дополняли цветными и энергетическим режимами доплеровского картирования, а также спектральной доплерографией.

Клиническую форму определяли физикальными методами исследования при проведении клинического осмотра. Функциональную форму, которая клинически не может быть определена, диагностировали лишь при проведении доплеровского исследования. Так, при УЗИ в В-режиме диагностика клинической формы варикоцеле основывалась на выявлении в проекции мошоночного отдела семенного канатика вдоль яичка множественных извитых вен гроздьевидного сплетения, расширенных более 2 мм в диаметре. В режиме цветного доплеровского картирования определяли продолжительный рефлюкс. При функциональной форме варикоцеле в В-режиме вены не были рас-

ширены. Выявление данной формы основывалось на оценке венозного возврата, регистрируемого на фоне нагрузочной пробы Вальсальвы, в режиме импульсно-волновой доплерографии. Выявление продолжительного более 2 с венозного возврата характерно для функциональной формы.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

УЗИ проведено 277 больным в возрасте от 21 до 48 лет, страдающих мужским бесплодием. Из них варикозное расширение вен гроздьевидного сплетения было выявлено в 126 случаях, что составило 45%. Клиническая форма варикоцеле слева диагностирована у 84 пациентов, которым проводили операцию по Иванисевичу. Функциональная форма варикоцеле диагностирована у 18 пациентов. Двустороннее варикоцеле (сочетание клинической и функциональной форм; двусторонняя клиническая форма) определяли в 24 случаях. Из них в 3 случаях проведена операция Паломо слева, в 2 случаях двусторонняя варикоцелэктомия, а в остальных 19 случаях операция по Иванисевичу слева. Всем больным в послеоперационный период были назначены витаминно-минеральные комплексы, флеботоники, средства, улучшающие реологию крови и стимулирующие сперматогенез.

Главным критерием эффективности операции явилось исчезновение или уменьшение варикоцеле, исчезновение болевых ощущений, отмечавшихся до операции. Спустя 2,5–3 мес проводили исследование семенной жидкости в исследуемой группе больных. Из них в 57 (45%) случаях имело место улучшение сперматогенеза в виде повышения концентрации сперматозоидов, у 49 (38,9%) больных наблюдалось увеличение числа подвижных сперматозоидов и у 82 (65%) пациентов отмечалось снижение либо отсутствие агглютинации сперматозоидов, в 88 (70%) случаях уменьшилось число сперматозоидов с патологической морфологией.

У 18 пациентов с функциональной формой варикоцеле по окончании медикаментозной терапии проводили контрольное доплерографическое исследование в виде цветного картирования. В 15 (83%) случаях имело место исчезновение рефлюкса либо уменьшение его продолжительности.

При длительном течении варикозного расширения вен на стороне поражения у 45 мужчин (44,1%) диагностировали варикоцельную орхипатию, при которой яичко было уменьшено в размерах.

## ВЫВОДЫ

Варикозное расширение вен гроздьевидного сплетения диагностировано почти в половине случаев в исследуемой группе. Ультразвуковая диагностика варикоцеле, в частности такая модификация его как доплеровское цветное картирование, играет большую роль в определении формы заболевания и выяснении состояния яичек. Доплеровское исследование помогает в определении результативности проведенной медикаментозной терапии у больных с функциональной формой варикоцеле. Это в свою очередь помогает в выборе метода лечения и профилактике бесплодия у мужчин.