

ПЕРЕВАГИ ВИКОРИСТАННЯ МАЛОІНВАЗИВНИХ ОПЕРАЦІЙ В ЛІКУВАННІ ВАРИКОЦЕЛЕ

*А.В.Верба, Р.П.Стащук, П.Ю.Пасько,
С.Д.Саган, О.О.Корецький*

**Військово-медичний клінічний центр Центрального регіону
Вінниця, Україна**

Наведено спостереження 62 пацієнтів з приводу лівобічного варикоцеле, серед яких у 54 (87,1%) — рентгененоваскулярна оклюзія лівої внутрішньої сім'яної вени, 8 (12,9%) з них проведена операція Мармара.

Ключові слова: варикоцеле.

Вступ

Варикоцеле — розширення вен гроновидного сплетення в межах сім'яного канатика. Дослідження, проведене під контролем Всесвітньої ВООЗ, показало, що частота варикоцеле склала 11,7% в усій популяції чоловіків і досягала 25,4% у групах чоловіків з безпліддям [1-3].

До початку ХХ ст. багатьох країнах варикоцеле вважалося підставою для звільнення від військової служби. У ХІХ ст. від служби в армії через варикоцеле звільняли 1-2% призовників. За свідченням П. Заблоцького (1848), «розширення сім'яних вен належить до числа тих вад, з якими заборонено приймати до військової служби» [1, 2].

Уже з початку ХХ ст. варикоцеле поступово перестає служити причиною звільнення від служби в армії.

На початку 60-х років ХХ ст. операції з приводу варикоцеле у призовників приймають більш масовий характер.

«Класичною» операцією наприкінці ХІХ ст. вважалась резекція вен калитки, коли сегмент венозного сплетіння висікався поміж лігатурами. На початку ХХ ст. від цих операцій відмовилися через велику кількість післяопераційних ускладнень. Для виключення таких

ускладнень почали використовувати перев'язку сім'яних вен у паховому каналі (O.Ivanissevich, H.Gregorini, 1918) або у внутрішньому паховому кільці (R.Bernardi, 1941). На сьогоднішній день найбільш розповсюдженою є операція за Ivanissevich. Вважається, що ускладнення після варикоцелектомії виникають не часто. Головним показником якості проведеного оперативного лікування при варикоцеле вважається відсутність рецидиву в післяопераційному періоді. Частота рецидивів після варикоцелектомії досягає 9-20% (Goldstein et al., 1992; R.R.Hart, 1992) [4, 5].

Враховуючи відносно високий показник рецидивів, по сьогоднішній день ведеться удосконалення методів оперативного лікування при варикоцеле, впровадження малоінвазивних оперативних методик, які б дозволили скоротити післяопераційний період та знизити відсоток післяопераційних ускладнень.

Лапароскопічні методи пропонуються як альтернатива звичайним хірургічним методикам. Виявилось, що частота виникнення рецидивного варикоцеле після лапароскопічних процедур приблизно така ж, як і при методиках типу високого лігування [4, 5, 7].

Вважається (M.Dudai, 1995), що лапароскопічна варикоцелектомія безпечна та ефективна, однак більш небезпечна, ніж операції типу високого лігування. Застосування лапароскопічної варикоцелектомії може ускладнюватись ушкодженням яєчкової артерії та лімфатичних судин, виникненням емболії легеневої артерії та перитоніту (R.Tauber, N.Johnsen, 1994). До того ж вартість лапароскопічного інструментарію досить висока.

Матеріали та методи дослідження

У відділенні судинної хірургії клініки планової та ендovasкулярної хірургії ВМКЦ ЦР з 2010 до 2013 р. було прооперовано 62 пацієнта. 30% хворих складали військовослужбовці строкової служби (солдати та курсанти). Вік пацієнтів був від 16 до 35 років. Середній вік складав 18 років. Основним показанням до оперативного лікування є наявність скарг у хворого на біль у лівій половині калитки при фізичному навантаженні або наявність дискомфорту через розширення вен у лівій половині калитки, порушення функції.

З 62 пацієнтів 54 (87,1%) була виконана рентгенендоваскулярна оклюзія (РЕО) лівої внутрішньої сім'яної вени (ЛВСВ), 8 (12,9%) проведена операція за Мармаром. Потрібно відмітити, що операції за Мармаром виконувалися тільки при технічних труднощах вве-

лення ендovasкулярного катетера в ліву внутрішню сім'яну вену та при двобічному варикоцеле 2 (3,2%).

Результати дослідження та їх обговорення

Методика операції — РЕО лівої внутрішньої сім'яної вени (ЛВCSВ). Під місцевою інфільтраційною анестезією виконується пункція та катетеризація правої загальної стегнової вени за Сельдінгером. Катетер типу «Кобра» 5F-6F на провіднику заводиться в ліву ниркову вену до вічка ЛВCSВ. Виконується лівобічна ретроградна селективна флеборенотестикулографія, за результатами якої оцінюється ліва ниркова вена та ЛВCSВ: при розширенні ЛВCSВ та ознаках ретроградного кровотоку катетер на провіднику заводиться в ЛВCSВ до рівня передньої верхньої ості таза. Виконується оклюзія ЛВCSВ 3% розчином «Склеровейну» 8,0. Контрольна флебографія через 15 хв.

Методика операції Мармара. Під місцевою інфільтраційною анестезією виконується косий розріз до 2 см у паховій ділянці в проекції зовнішнього кільця пахового каналу. Виділяється та береться на трималки сім'яний канатик. В елементах канатика виділяється та береться на трималки сім'яна вена. Остання між трималками та лігатурами пересікається.

Середня тривалість перебування пацієнта в стаціонарі після операції за Мармаром — 1 доба, після РЕО ЛВCSВ — 1 доба.

Основними показниками вдало виконаної операції в післяопераційному періоді були: тривалість загоєння післяопераційної рани, відсутність больового синдрому, лімфостаз калитки, наявність регресу варикоцеле.

У ранньому післяопераційному періоді в одного (12,5%) пацієнта після операції Мармара відмічалась тимчасова тесталгія і ще в одного — лімфостаз калитки.

При РЕО ЛВCSВ у ранньому післяопераційному періоді ускладнення були тільки в одного (1,9%) пацієнта у вигляді тимчасової тесталгії. У подальшому при контрольних оглядах через 6, 12, 24 місяці ускладнень не було в жодному з випадків.

Висновок

Незважаючи на наявність на сьогоднішній день різноманіття оперативних методик при варикоцеле, вибір оперативного втручання залежить від технічного оснащення операційної.

Рентгенендоваскулярна оклюзія лівої внутрішньої сім'яної вени є одним з найменш травматичних та безпечних методів оперативного лікування варикоцеле. Наш досвід використання даної методики показав економічну та оперативно-технічну перевагу даної методики. У випадках неможливості катетеризації ЛВСВ та при двобічному варикоцеле доцільно застосовувати операцію Мармара.

Література

1. Мингболатов Ф.Ш. Сравнительная оценка различных методов оперативного лечения варикоцеле: Дис. к.мед.н. — М., 2005.
2. Кадыров З.А. Эффективность методов оперативного лечения варикоцеле. В кн.: Новые методы диагностики и лечения в клинической практике. Сб. научн. работ научно-практ. конф. / З.А.Кадыров, Ф.Ш.Мингболатов, Х.С.Ишонаков. — М., 2005.
3. Першуков А.И. Варикоцеле / А.И.Першуков. — К., 2002.
4. Степанов В.Н. Лапароскопическое лечение варикоцеле / В.Н.Степанов, В.М.Перельман, З.А.Кадыров и др. // Урол. и нефрол. — 1997. — №1.— С. 3-6.
5. Abdel-Meguid T.A. Noninsufflative extraperitoneal laparoscopic varicocele ligation / T.A.Abdel-Meguid, I.H.Hirsch // Tech Urol. — 1997.— Vol. 3, №1.— P. 12-15.
6. Bach D. Late results after sclerotherapy of varicocele / D.Bach, W.Bahren, H.Gall et al. // Eur. Urol. — 1988. — Vol. 14. — P. 115-119.
7. Coptcoat M.J. The future of laparoscopy in urology / M.J.Coptcoat // Ann. Urol. — 1995. — Vol. 29, №2. — P. 117-121.