

УДК 616.147.22-007.64 : 616.681-004-089

АНТЕГРАДНАЯ МОШОНОЧНАЯ СКЛЕРОТЕРАПИЯ ВАРИКОЦЕЛЕ

В. А. ФИЛИППОВИЧ

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Описана техника антеградной мошоночной склеротерапии варикоцеле и приведены результаты 60 собственных операций.

По своей эффективности, наличию осложнений антеградная мошоночная склеротерапия варикоцеле не уступает операции Иванисевича, является простой в выполнении, не требует общего обезболивания и легко переносится пациентами. Кроме этого, операция склеротерапии предпочтительнее с косметической точки зрения, так как после ее практически нет послеоперационного рубца.

Ключевые слова: варикоцеле, антеградная мошоночная склеротерапия варикоцеле.

The technique of scrotal antegrade sclerotherapy for varicocele has been described and the outcomes of 60 operations performed by the author of the article have been presented.

Scrotal antegrade sclerotherapy of varicocele by its efficacy, the presence of complications does not give way to the operation according Ivanisevich and is simple in performance: it does not require general anesthesia and is tolerated well by patients. In addition, sclerotherapy operation is preferable from a cosmetic point of view as after it there is no evident postoperative scar.

Key words: varicocele, scrotal antegrade sclerotherapy of varicocele.

Варикоцеле яичка встречается у 15% мужского населения и 39% бесплодных мужчин. Существует более 80 методов лечения этой патологии – от консервативных мероприятий, склерозирующей терапии, до различных видов хирургических вмешательств. Наиболее часто урологи применяют операцию Иванисевича. Результаты хирургического лечения варикоцеле показали, что после операции Иванисевича осложнения в виде рецидивов могут наблюдаться от 1,8 до 26,9 % случаев. Склерозирующая терапия с целью вызвать облитерацию расширенных вен последние несколько десятков лет не применялась, так как применяемые ранее растворы сулемы, хинина с уретаном, гипертонические растворы салицилового и хлористого натрия, настойка йода, спирт вызывали многочисленные осложнения: гидроцеле, фиброз, атрофия яичка. От этого отказались. Появление новых склерозирующих препаратов и технологий их введения в корне изменили ситуацию. С 2000 года мы проводим антеградную мошоночную склеротерапию при наличии варикоцеле яичка. Эта операция заимствована нами в урологической клинике г.Вормс (Германия), где широко применяется. Этот метод получил большое распространение в клиниках Германии и у врачей, занимающихся частной практикой. Некоторые авторы приводят сообщения о результатах 2000 операций. Техника антеградо-скротальной склерозации превосходно отработана, однако в Беларуси о ней мало известно, и в настоящее время данная операция применяется лишь в Гродно. Наш небольшой опыт убедил нас в простоте и высокой эффективности данной операции. На наш взгляд, данная операция должна использоваться врачами вследствие малой травматичности, хорошей переносимости пациентами, небольшим сроком пребывания в стационаре (1 день). Для ее

выполнения не требуется наркоз. Ее можно рекомендовать для самого широкого применения. Эта операция эффективна при рецидивном варикоцеле. Пациенты с рецидивом варикоцеле после открытых операций, которым мы выполняли склеротерапию, отмечают ее лучшую переносимость. За время с 2000 по 2005 год произвели 60 склеротеразий пациентам от 14 до 20 лет.

Техника и проведение операции

Опытный уролог может относительно легко овладеть операционной техникой, однако для новичков она не очень-то и проста. Даже если эта операция как правило продолжается только несколько минут, следует принимать во внимание возможное значительное увеличение продолжительности операции. Обязательно в распоряжении хирурга должен быть опытный ассистент. На стадии обучения должны подбираться пациенты, подходящие по своим анатомическим параметрам, не должно быть тех, кто страдает ожирением, а также пациентов с маленьким варикоцеле. Лучше всего подходят худощавые молодые мужчины с варикоцеле второй - третьей степени. Операция начинается с инфильтрационной анестезии семенного канатика 10 мл 1% местного анестетика, инфильтрация кожи мошонки в области разреза введением следующих 1-2 мл. Семенной канатик вместе с кожей мошонки захватывается между большим и указательным пальцем и натянутая мошонка разрезается на 1 см. Затем проводится свободная препарация и мобилизация семенного канатика от окружающих тканей. После рассечения фасции семенного канатика необходимо выделить по возможности наиболее крупную из вен лозообразного сплетения. Затем в просвет вены вводится канюля 24G. Введение нескольких миллилитров фи-

зиологического раствора позволяет убедиться, что канюля находится в вене. Следующим этапом является введение около 3 мл неионизированного контрастного вещества в канюлированную вену и верифицирование оттока посредством рентгеноконтроля. После впрыскивания 1 мл воздуха (air-block), причем пациент маневрирует по Вальсальву, вводится 3-4 мл облитерирующего средства этоксисклерол. Обратный ток смеси облитерирующего средства с воздухом можно хорошо наблюдать в венах лозообразного сплетения. Склерозация завершена, канюля удаляется, вена лигируется также в проксимальном направлении, открытая фасция семенного канатика закрывается посредством наложения двух швов и семенной канатик вправляется. Кожа зашивается 3/0 кетгутом и после мануального сдавливания семенного канатика через 3-5 минут накладывается стерильная повязка и суспензорий.

Фармакология и токсикология облитерирующих средств

Эффективность всех облитерирующих средств основывается на повреждении эндотелиальной клетки интимы. Благодаря абактериальной воспалительной реакции просвет сосуда тромбозуется. Тромб рубцуется и закрывает стенку сосуда, так что вена становится непроницаемой.

До сих пор для склерозации применяли варикоцид, соль рыбьего жира - жирных кислот, которого с 1993 года уже нет в продаже. Выше говорилось о других препаратах, которые когда-то применялись. В настоящее время используется исключительно полидоканал (этоксисклерол). Он изготавливается посредством этоксиляции додеканала. Раствор, который предлагается в различной концентрации от 0,5-4%, - это прозрачное, без запаха и водорастворимое вещество. Максимальная дозировка для человека составляет 2 мг на кг веса тела, что соответствует 140 мг или 4,6 мл 3 % раствора для человека весом 70 кг. Рекомендуются для взрослых при односторонней облитерации 3 мл 3 % и для двойной облитерации 2 мл 3 % раствора полидоканала. У детей применяется по 3 мл 1 % полидоканала.

Облитерирующее средство благодаря своему местному воспалительному раздражению также спустя длительное время ведет к закупорке рефлюксивных вен. Таким образом, после склерозации можно рассчитывать на дальнейшее улучшение спермопараметров спустя более 6 месяцев после операции.

Осложнения

Процент осложнений незначителен. Если склерозация не получается (0,4 - 0,5 %), то можно попробовать достичь устранения варикоцеле путем лигатуры и резекции вен местно в мошонке. Это соответствует операционному методу, когда-то разработанному Кохером. Самым частым осложнением

является развитие мошоночной гематомы (1-2 %), которую можно предотвратить путем локального сдавливания непосредственно после оперативного воздействия. Серьезным осложнением является атрофия яичка, единичные случаи которой описаны в литературе. При операции нужно обязательно обращать внимание на то, чтобы по недосмотру не склерозировать артерию. Это проявляется сильными болями в области мошонки. Рецидивы или персистенция встречается в зависимости от вида варикоцеле в 0% при варикоцеле первой степени, в 9% - второй, и в 11% - третьей степени. Новая склерозация может быть проведена повторно, метод не отличается от первичного оперативного вмешательства.

В зависимости от стадии заболевания больные распределились следующим образом - 1 стадия диагностирована у 10 (16,7%), 2 - у 44 (73,3%), 3 - у 6 (10,0 %). У 2 (3,3%) детей выявлены сопутствующее заболевание - киста придатка яичка, по поводу которой одновременно выполнены корригирующие операции. Кроме того, 6 больных были с рецидивным варикоцеле после операции Иванисевича. Все больные осмотрены на следующие сутки после операции, через один и три месяца. У 57(95%) рецидива варикоцеле не было. У одного больного (1,67%) отмечена персистенция варикоцеле на следующий день и у двух (3,3%) - обнаружен рецидив через месяц после операции. У 5 больных в течение месяца в области инъекции отмечалось наличие уплотнения размером 0,5*0,5 см, связанного с экстравазацией склерозирующего препарата. Других проблем не было. У всех больных, оперированных нами по поводу рецидива варикоцеле после операции Иванисевича, при флебографии были выявлены 1 (5 пациентов) или 2 (1 пациент) ствола внутренней семенной вены. Выполнение склеротерапии привело к исчезновению варикоцеле.

Таким образом, по своей эффективности, наличию осложнений антеградная мошоночная склеротерапия варикоцеле не уступает операции Иванисевича, является простой в выполнении, не требует общего обезболивания и легко переносится пациентами. Кроме этого, операция склеротерапии предпочтительнее с косметической точки зрения, так как после ее практически нет послеоперационного рубца.

Литература

1. Kass, E.J., A.B. Belman: Reversal of testicular growth failure by varicocele ligation. J. Urol. 137(1987) 475-476.
2. Thomas, A.J., M.A. Geisinger: Current management of varicoceles. Urol. Clin. N. Amer. 17(1990) 893-907.
3. Hadziselimovic, F., B. Herzog, B. Liebundgut, P. Jenny, M. Buser: Testicular and vascular changes in children and adults with varicocele. J. Urol. 142(1989) 583-585.
4. Weidner, W.: Varicocele. In: Hautmann (Hrsg.): Therapie urologischer Erkrankungen, Kap. VIII, Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart, 1992, S. 210.
5. Tauber, R., N. Johnsen: Antegrade scrotal sclerotherapy for the treatment of varicocele: Technique and late results. J. Urol. 151(1994) 386-390.
6. Wechsel, H.W., W.L. Strohmaier, K.-H. Bichler: Die antegrade Sklerosierung. TW Urol. Nephrol. 5(1993) 378-382