

ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ, И ЛЕЧЕНИЕ ЛЕВОСТОРОННЕГО ВАРИКОЦЕЛЕ

Варикоцеле — «древняя» болезнь вен яичка, приводящая к мужскому секреторному бессилию. Известно она со времен Гиппократа, Парацельса и рассматривалась как венозный застой в яичке («меланхолическая кровь»), приводящий к его гипертермии. За истекшие столетия теория претерпела значительные изменения. Н.А.Лопаткиным в 1984 г. была предложена теория левосторонней почечной венной гипертензии с возникновение рено-гонадного рефлюкса в связи с наличием фоновых врожденных и приобретенных изменений почечной вены. Теория учитывала также приобретенное и врожденное отсутствие клапанов в яичковой вене и врожденную несостоятельность сосудистой стенки. Однако только рено-гонадный рефлюкс не отражает всей сложности тестикулярного кровотока.

Цель исследования: изучить причины развития варикоцеле и сопоставить методы лечения.

Материалы и методы: были изучены результаты ультразвуковых и флегографических методов исследования у 326 пациентов с варикоцеле.

Результаты: ультразвуковые исследования показали наличие кава-гонадных анастомозов на уровне подвздошных и бедренных вен с реверсивным током крови. В наших флегографических исследованиях выявлены изменения органического и гемодинамического характера на уровне самой гонадной вены. К ним относятся многоствольный вариант строения яичковой вены, стеноз гонадной вены, сдавление вены мочеточником, аномальное впадение ее удвоенной почечной вены и порто-кавальные анастомозы. Наличие порто-кавальных анастомозов известно давно. Они функционируют во внутриутробном периоде плода и прекращают свою функцию после рождения. Однако часть анастомозов остается функционирующими особенно в органах и системах с поздней закладкой (мочеполовая система, дистальный отдел прямой кишки и др.). Влияние «грязной крови» из портальной системы, давление в которой в 4 раза выше, чем в кавальной системе, приводит к порто-кавальному рефлюксу и нарушению сперматогенеза. По нашим данным, прямые и косвенные признаки порто-кавальных анастомозов на флегботестикулограммах выявляются у 27 больных в 8,28%. Однако, проведенные нами гистологические исследования резецированных яичковых вен после операции Иваниссевича показали их наличие в 28,5%. Влияние всех видов рефлюксов приводит к венозной яичковой гипертензии, гипертермии и угнетению репродуктивной функции. У 4 пациентов к качеству причины варикоцеле был выявлен тромбоз нижней полой вены, связанный с длительным катетерной инфузационной терапией в течение первого 1 года жизни (24 года назад)..

Основным радикальным способом лечения патологии является хирургический — открытая операция по Мар-Мару, лапароскопическая перевязка вены и эндоваскулярная склеротерапия. Однако, в последнее время опубликованные работы, связанные с изучением морфологической структуры паренхимы яичка до и после хирургического лечения, в которых отмечено нарушение микроциркуляции в герминативном эпителии после вмешательства. В этой связи появилось мнение о целесообразности выжидательной тактики у пациентов с секреторным бесплодием и субклиническим варикоцеле I ст. В таких случаях рекомендуется использовании только лекарственной терапии без оперативного вмешательства. Однако, устранение ретроградного сброса крови в яичко даже у этого контингента больных, приводит к улучшению количественных и качественных лабораторных показателей сперматогенеза. Нами проанализированы результаты склеротерапии яичковых вен у 124 пациентов в возрасте 22-42 лет с варикоцеле и секреторным бесплодием. Следует отметить, что пик обращаемости (92% пациентов) по поводу бесплодия пришелся на возраст 26-36 лет.

Склеротерапия проводилась ретроградным или трансскротальным доступами. Проведен анализ спермограмм до склеротерапии и через 1 месяц после нее. Короткий период наблюдения обусловлен тем, что после этого срока проводилась лекарственная терапия. До проведения склеротерапии практически у всех больных наблюдались олигозооспермия, астенозооспермия и снижение жизнеспособности после получения эякулята. Увеличение концентрации сперматозоидов в эякуляте составило 5-22% млн./мл в зависимости от степени олигозооспермии, что свидетельствовало об уменьшении угнетения герминативного эпителия. Астенозооспермия уменьшилась на 7-15%, а жизнеспособность увеличилась на 3-7%. Это свидетельствовало о положительном влиянии проведенного оперативного лечения.

Выводы: выявление причин и патогенеза венозной патологии при варикоцеле и их устранение путем эндоваскулярного вмешательства позволяет устраниить венозную гиперволемию и гипертермию яичка с улучшением качества спермограмм.

Литература

1. Киселев В. Я., Зинченко М. В., Беша И. М., Цветкова Н. В., Ларина О. С. Результаты склеротерапии варикоцеле/ Диагностическая интервенционная радиология. Междисциплинарный научно-практический журнал. №2, с.57-59, 2013г. Москва, 57-59.
2. Соколов А. А., Зинченко М. В., Кочергина Е. И., Шевченко В. А., Плюхин А. А. Результаты хирургического лечения варикоцеле/ Russian Electronic Jornal of Radiology, Русский электронный журнал лучевой диагностики, Материалы IX Всероссийского национального конгресса лучевых диагностов и терапевтов «радиология–2015» С. 241-242, Москва, 2015.
3. Страхов С. Н., Бурков И. В., Бондар З. М., Косырева Н. Б. Межвенозные анастомозы и окклюзивные операции при варикоцеле. // Урология. — 2005. -№1. С. 22-29.
4. Бавильский В. Ф., Суворов А. В., Иванов А. В., Губницкий Д. А., Кондалов А. М., Сагалов А. В. Выбор метода оперативного лечения варикоцеле // Урология. 2003. — №6. — С. 40-43.
5. Peter N. Schlegel and Jeremy Kaufman.: Role of varicocelectomy in men with nonobstructive azoospermia. //Fertility Sterility Jun. -2004// Volume 81, Issue 6. Pages 1585-1588.