

сокою частотою рецидива (58,18%). Частота рецидива тесно зв'язана з протяженністю стриктури, повторними операціями. Необхідно різко сузити показання к ВОУ. Применятъ только при суженнях протяженностью до 5 мм. ВОУ необходимо считать паллиативной операцией, приводящей только к временному улучшению состояния пациентов, которым нельзя выполнить открытую реконструктивную операцию, или до момента, пока не станет возможным планирование и осуществление полноценной уретропластики.

2. Открытые операции дают хорошие ранние и поздние послеоперационные результаты.

Адреса для листування

А.Л. Суварян

E-mail: oblandr@mail.ru

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ ВАРИКОЦЕЛЕ

В.П. Стусь¹, А.Л. Суварян², М.Ю. Поліон¹, Н.В. Гавва¹

¹ ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

² КЗ «Дніпропетровська обласна клінічна лікарня ім. І.І. Мечникова»

Вступ. Варикоцеле впливає на народжувальність і є найбільш важливою причиною безпліддя, яку можна лікувати хірургічним шляхом. Варикоцеле зустрічається, за даними різних авторів, у 3,9–39,6% у дорослій чоловічій популяції, у хлопчиків до 15 років – у 0,7–16,2%. Серед чоловіків, що страждають безпліддям, хворі на варикоцеле становлять від 19% до 41%. Порушення сперматогенезу у дорослих, хворих на варикоцеле, виявлено в 20–83% спостережень. Частота вторинного безпліддя серед чоловіків з варикоцеле складає 70–80%. Корекція варикоцеле сприяє покращенню параметрів сперми в 50–80% хворих, частота настання вагітності становить 31–71% і значно збільшується частота випадків вагітності й народження при внутрішньоматковій інсемінації (Таневський В., 2001; Першуков А.І., 2002; Щеплев П.А. і співавт., 2003; Люлько О.В. і співавт., 2009; Dubin and Amelar, 1977; Gorelick and Goldstein, 1993; Witt and Lipshultz, 1993; Dailch J.A., 2000).

Механізми розвитку варикоцеле, що призводять до прогресивного погіршення сперматогенної функції яєчок, до цього часу вивчаються. Поруч з безпосередніми факторами, такими як порушення тестикулярного кровотоку, підвищення температури, гіпоксія й оксидатив-

ний стрес, апоптоз, аутоімунні дефекти, рефлюкс і токсичний вплив метаболітів нирок або надниркових залоз, у погіршенні сперматогенезу важливу роль відіграє порушення тестостерон-гіпоталамо-гіпофізарної вісі, як головного його гормонального регулятора.

3. Адекватна предопераційна оцінка і планування оперативного втручання, більш широке впровадження сучасних методик пластики уретри, використання не етапного, а патогенетички обґрунтованого підходу к вибору оптимального методу лікування дозволяє в значительній степені підвищити ефективність лікування стриктури уретри.

ний стрес, апоптоз, аутоімунні дефекти, рефлюкс і токсичний вплив метаболітів нирок або надниркових залоз, у погіршенні сперматогенезу важливу роль відіграє порушення тестостерон-гіпоталамо-гіпофізарної вісі, як головного його гормонального регулятора.

Основним методом лікування варикоцеле є оперативне лікування. На сучасному етапі застосовується мікрохірургічна субінгвінальна варикоцелектомія за методикою J.L. Marmar. Методика J.L. Marmar полягає в мікродисекції елементів сім'яного канатика зі субінгвінального доступу з лігуванням розширених вен. Цю операцію можна застосовувати при всіх типах венозного рефлюкса за класифікацією B.L. Coombs. Використання мікроскопії поліпшує можливість ідентифікації й збереження лімфатичних судин. Ця методика практично повністю усунула ризик розвитку гідроцеле в післяопераційному періоді, а кількість рецидивів значно нижча.

Матеріали та методи дослідження. З 2010 до 2015 р. в клініці урології ДМА КЗ «Дніпропетровська обласна клінічна лікарня ім. І.І. Мечникова» методом J.L. Marmar прооперовано 214 хворих на варикоцеле, віком від 19 до 43 років (середній вік – 26,75±7,34 року). З метою уточнення ступеня варикоцеле, ступеня по-

рушення сперматогенезу, гормональних порушень проводили: огляд і пальпацію органів калитки в положенні стоячи та лежачи, сперміологічне дослідження, визначали рівень гормонів крові (тестостерон, лютеїнізуючий, фолікулостимулюючий, естрадіол, пролактин), ультразвукове дослідження органів калитки з доплерографією, флебографію. Для діагностики типу гемодинамічних порушень проведена ортостатистична проба за методикою G.Flati. А також проводили загальноклінічні аналізи (загальний аналіз крові й сечі, біохімічний аналіз крові та ін.).

Найбільше звернень хворих на варикоцеле було у віковому діапазоні 21–28 років – 119 (55,47%). Найбільш частими причинами звернень хворих на варикоцеле за медичною допомогою були: болісний синдром в області калитки, що посилюється при фізичному навантаженні (124 хворих, 57,9%), і безпліддя (71 хворих, 32,2%). 82 хворих (38,3%) не пред'являли скарг і варикоцеле було виявлено випадково під час проведення профілактичних оглядів. У хворих переважали варикоцеле III – 85 (39,84%) і II – 70 (32,71%) ступеней виразності, рідше зустрічалося варикоцеле I ступеня 59 (27,35%). Частота виявлення I (реносперматичного) типу венозного рефлюкса склала 161 (75,2%), II (ілеосперматичного) типу венозного рефлюкса – 28 (13,1%), III (змішаного) типу венозного рефлюкса – 25 (11,7%).

173 (80,8%) хворих були прооперовані під місцевою анестезією, 41 – під внутрішньовенною анестезією. Контрольне обстеження проводили через рік після оперативного лікування.

Статистична обробка даних проводилась за допомогою пакета програм Statistica v.17.0 виробництва компанії StatSoft.

Результати. Тривалість операції склала від 16 до 40 хв. (у середньому – $24 \pm 9,56$ хв.). У післяопераційному періоді з метою анальгезії не застосовувались наркотичні анальгетики,

Адреса для листування

А.Л. Суварян

E-mail: oblandr@mail.ru

ін'єкційні ненаркотичні анальгетики застосовувались лише в 9 (4,21%) випадках, таблетовані анальгетики в 189 (88,31%), відмовились від анальгетиків 16 (7,48%). Пацієнти виписувались через декілька годин або на наступний день після операції. Тільки в 3 випадках відзначений рецидив захворювання (на ранньому етапі освоєння методики). У жодному випадку в післяопераційному періоді не були діагностовані гідроцеле, атрофія яєчка або інші ускладнення.

При контрольних дослідженнях через рік відсутність больового синдрому відзначено у 183 (85,71%) хворих, збільшення у розмірах яєчка у 115 (53,85%), покращення показників сперми у 167 (78,12%) пацієнтів, настання спонтанної вагітності відбулося у 29 подружніх пар із 98 (29,6%).

При гормональному дослідженні через рік після оперативного лікування варикоцеле у хворих достовірно підвищився рівень тестостерону в крові у 2,3 разу (з $6,56 \pm 2,39$ нг/мл до операції до $9,46 \pm 1,67$ нг/мл після операції, $p < 0,05$); рівень ФСГ і ЛГ знизилась (з $5,89 \pm 1,61$ МО/л до операції до $4,34 \pm 0,58$ МО/л після операції, $p < 0,05$; з $7,56 \pm 2,85$ МО/л до операції до $4,51 \pm 1,89$ МО/л після операції, $p < 0,05$ відповідно).

Висновки. Отримані результати лікування варикоцеле методом J.L. Marmag дозволяють вважати, що дана методика є високоефективним засобом усунення варикоцеле, патогенетично обґрунтована при всіх видах гемодинамічних порушень і в усіх випадках рецидивного варикоцеле, а також є мінімально інвазивною і, як наслідок, має короткий післяопераційний період, призводить до зменшення часу перебування у стаціонарі та короткого відновлювального періоду. Оперативне лікування варикоцеле сприяє покращенню показників сперми, підвищенню рівня тестостерону в крові і є важливим етапом у лікуванні безпліддя.