



Комментарий к статье А.А. Капто «Оперативный доступ по линии Веслинга при варикоцеле» на основе решения редколлегии журнала «Андрология и генитальная хирургия», вынесенного 24 октября 2016 г.

Варикоцеле — одна из проблем, вызывающих постоянный интерес исследователей в течение многих десятилетий. Этот интерес, как правило, возрастает в связи с появлением новых трактовок патогенеза заболевания и предложением новых методов его лечения и снижается, когда способы, в том числе новые, используются широко, а результаты лечения остаются на прежнем уровне. Любопытный факт: бывая в многочисленных служебных командировках, чаще в крупные федеральные центры, мы стали замечать нарастающее с 1991 г. изменение структуры хронических заболеваний. Если раньше самое большое число операций приходилось на илеоцекальную область, то в последние годы 1-е место занимает варикоцеле. Это связано не только с повышением научного интереса к проблеме. Об этом мы уже писали и на страницах данного журнала, журнала «Детская хирургия», в конспекте врача на страницах «Медицинской газеты». Однако по-прежнему, как и 20 лет назад, пациенты с этим заболеванием занимают значительное количество коек в любом отделении, где решаются вопросы плановой хирургии. Правда, показания к оперативному лечению этого распространенного заболевания стали более четкими. К ним прежде всего относят бесплодие, не связанное с другими причинами, прогрессирующую атрофию яичка и болевой синдром, не имеющий других оснований для возникновения, кроме как варикоцеле, а также косметические проблемы. В силу сказанного выше варикоцеле далеко не всегда подлежит оперативному лечению. Мошоночный доступ по линии Веслинга для оперативного лечения у взрослых существует, но описания использования такого доступа у детей в литературе мы не встретили. Сам доступ «пугает», как указывает сам автор, возможными тяжелыми осложнениями, которые не грозят жизни больного, но вполне способны привести к атрофии яичка.

То, что число рецидивов после подобного вмешательства не приводится в рекомендациях Европейского общества урологов (данными которых пользовался автор при оценке эффективности и процента осложнений различных вмешательств [1]), говорит, по-видимому, об отсутствии сколько-нибудь значительной статистики именно в силу редкого применения мошоночного доступа. Вместе с тем N.N. Zampieri (1984) наблюдал около 5 % водянок оболочек яичек [2].

В описании своей методики выполнения варикоцелэктомии автор не приводит всех деталей техники.

Литература

1. Jungwirth A., Diemer T., Dohle G. R. et al. Guidelines on Male Infertility, European Association of Urology, 2015.
2. Zampieri N., Zampieri G., Antonello L., Camoglio F.S. Trans-scrotal varicocelectomy in adolescents: Clinical and surgical outcomes. JPediatrSurg 2014;49:583–5.

А возможно, именно с этим связано полное отсутствие рецидивов в весьма объемной группе больных. Как известно, в руках автора методики результаты всегда лучше, чем у последователей. Нам кажется, не имеет смысла противопоставлять предлагаемый метод операции широко используемым эффективным современным методикам (подпаховые доступы, лапароскопические и эндоваскулярные вмешательства). Весомые преимущества есть у каждого, при всем их разнообразии. Оценивая травматичность, частоту рецидивов, частоту и характер осложнений и, конечно, свои собственные возможности, оперирующий хирург может выбрать оптимальный способ. Вряд ли стоит далее распространяться о преимуществах или недостатках той или иной методики. Учитывая показания к оперативному лечению и патогенез варикозного расширения вен мошонки, больной перед операцией должен быть обследован, а хирург должен знать, с чем он имеет дело. Желательно выявить и признаки тазового венозного застоя и определить гемодинамический тип варикоцеле. Это поможет выбрать вид оперативного вмешательства.

По сравнению с применяемыми предлагаемый оперативный доступ кажется более травматичным и менее удобным. Особенно смущает осуществление всем пациентам пластики оболочек яичка по Винкельману в ходе вмешательства. Известно, что появление водянки оболочек яичка — это всегда результат нарушения техники операции. Вместе с тем кисты придатков и гидатиды Морганьи в большинстве случаев не требуют оперативного вмешательства. Мы также не можем рекомендовать варикоцелэктомии мошоночным доступом, да и вообще любое оперативное лечение варикоцеле у больных с азооспермией. Вероятно, имеет смысл изначально пролечить воспалительные заболевания — простатит/везикулит, а оперативное лечение варикоцеле осуществить вторым этапом, памятуя и о возможности явления в малом тазу. В силу вышеизложенного нам показалось нерациональным рекомендовать применять предложенную методику в детском и подростковом возрасте. Еще раз хотим обратить внимание читателей на ограничение показаний к использованию мошоночного доступа — сочетанное заболевание органов мошонки, требующее оперативного вмешательства.

Проф. А.Б. Окулов, к.м.н. Д.Н. Годлевский