

МАЛОИНВАЗИВНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ГИДРОЦЕЛЕ

Проф. В. М. ГУЗЕНКО, проф. И. А. БАБИУК, Е. И. МАМЧЕНКО

LOW-INVASIVE METHOD OF HYDROCELE TREATMENT

V. N. GUZENKO, I. A. BABIUK, E. I. MAMCHENKO

Донецкий государственный медицинский университет им. М. Горького, Украина

Описан предложенный авторами метод склеротерапии с помощью препарата бетадин. Отмечены хорошие ближайшие и отдаленные результаты лечения, безопасность и доступность метода.

Ключевые слова: гидроцеле, склеротерапия, бетадин 10%.

The authors describe the original method of sclerotherapy with the use of Betadine. Good immediate and long-term results of the treatment as well as safety and accessibility of the method are emphasized.

Key words: hydrocele, sclerotherapy, 10% Betadine.

Гидроцеле является распространенным заболеванием у мужчин пожилого и старческого возраста, поскольку в этом возрасте при декомпенсации сердечной деятельности повышается экссудация жидкости и значительно снижается ее адсорбция вследствие стаза крови в микроциркуляторном русле оболочек яичка, что обуславливает накопление жидкости между листками собственной оболочки яичка [1]. Чаще всего пациенты случайно обнаруживают гидроцеле при приеме ванны или других видах активности.

Зачастую у пожилых больных с гидроцеле имеются такие соматические заболевания, как ишемическая болезнь сердца, постинфарктный кардиосклероз, заболевания желудочно-кишечного тракта, опорно-двигательного аппарата, доброкачественная гиперплазия предстательной железы, гипертоническая болезнь и др.

Диагностика объемных жидкостных образований органов мошонки до настоящего времени основывалась главным образом на данных осмотра, пальпации и диафаноскопии. В современных условиях наиболее значимым методом визуализации органов мошонки является комплексное ультразвуковое исследование (УЗИ), позволяющее быстро, эффективно и безопасно получить информацию о характере патологических изменений. Пожилой возраст, наличие сопутствующих заболеваний, низкий уровень жизни у большинства больных не позволяет провести радикальное оперативное лечение. Существуют принципиальные разногласия в выборе методов лечения гидроцеле. Однако, несмотря на широкое внедрение в клиническую практику малоинвазивных методов лечения объемных жидкостных образований органов мошонки при указанной патологии, преимущественно используется открытое оперативное вмешательство.

Нами предложен альтернативный этому методу способ лечения: пункция водянки оболочек яичка с последующим проведением склеротерапии при помощи препарата бетадин (поливидон — йод) 10%, который выпускается венгерской фармацевтической фирмой EGY. Целью настоящего исследования было изучение эффективности склеротерапии гидроцеле.

Под наблюдением были 52 больных с гидроцеле в возрасте от 60 до 73 лет. Следует отметить, что такая возрастная группа не отражает истинной возрастной картины данной патологии, так как большинство больных старшего возраста не обращается за медицинской помощью. Особую группу составили пожилые пациенты с тяжелой сопутствующей патологией, у которых склеротерапия оставалась единственно возможным методом лечения вследствие противопоказаний к открытой операции.

Болевые ощущения и дискомфорт отмечали 32 (61,5%) больных. У части больных — 15 (28,8%) — гидроцеле было диагностировано случайно или при диспансеризации.

Диафаноскопия на стороне поражения была положительной во всех случаях. Физикальные методы исследования, как правило, исключают наличие других патологических процессов. При длительно существующем гидроцеле нередко оболочки яичка утолщены, и это ограничивает возможность оценки состояния яичка при пальпации и физикальных методах исследования, включая диафаноскопию. В таких случаях наиболее информативным методом является УЗИ или магниторезонансная томография (МРТ).

Наиболее распространенный метод оценки состояния органов мошонки при гидроцеле — УЗИ. Исследования проводили на аппаратах «Logic-400» и «Logic-500» фирмы General electric

с наружными датчиками частотой 3,5 и 7,0 МГц в реальном времени. Количество водяночной жидкости составляло от 350 до 750 мл.

При УЗИ для гидроцеле характерно наличие жидкости в оболочках яичка. Нередко отмечается повышение эхогенности паренхимы яичка без увеличения размеров, что может быть обусловлено усугублением ультразвука жидкостью.

После обработки операционного поля под местной анестезией раствором новокаина 0,5% — 5,0 по переднемедиальной поверхности ближе к основанию производится пункция гидроцеле спинномозговой иглой, через которую производится активная аспирация жидкости. После этого в полость между оболочками яичка вводится 0,5% раствор новокаина, доза зависит от объема выпущенной жидкости. Так, при объеме 750 мм³ вводили 7 мл раствора, при 550 мм³ — 5,0 мл, при 350 мм³ — 3,0 мл. Экспозиция 5 мин с интенсивным массажем мошонки для равномерного распределения новокаина по всей поверхности. Затем через аспирационную иглу вводится 10%-ный концентрированный раствор бетадина, доза которого также зависит от объема удаленного экссудата. Следует отметить, что введение больших доз склерозирующих веществ повышает вероятность развития воспалительной реакции, сопровождающейся большим отеком мошонки, которая держится несколько дней. При небольших дозах это осложнение возникает редко.

При опорожнении гидроцеле объем экссудата варьировался от 350 до 750 мл. В зависимости от полученного объема экссудата при пункции гидроцеле вводили соответствующее количество бетадина (табл. 1). После этого вновь проводили интенсивное массирование мошонки. Затем на мошонку на двое суток надевали суспензорий. Экспозиция склерозанта составляла 10 минут, после чего бетадин удалялся.

Механизм склеротерапии при гидроцеле, по-видимому, связан со стимуляцией инородным веществом воспалительной клеточной реакции, оседанием фибринных нитей на оболочках, что приводит к слипанию листков собственной влагалищной оболочки. Интервалы между сеансами склеротерапии должны составлять 3–5 нед — время, необходимое для обратного развития воспалительных изменений и образования фиброза.

Применяемые склерозанты должны отвечать следующим условиям: 1) не вызывать сильных болей, 2) не быть токсичными, 3) не вызывать некроза и воспаления тканей мошонки [2, 3].

Метод аспирации и склеротерапии мы применили у всех находившихся под наблюдением больных.

На этапе освоения методики у первых двух (3,8%) наших пациентов во время введения бетадина в гидроцеле возникали интенсивные боли в мошонке с иррадиацией по ходу семенного канатика. Это свидетельствовало о недостаточности местной анестезии, которая выполнялась лишь в месте пункции кожи мошонки. После дополнительного применения блокады семенного канатика по Лорин—Эпштейну боли во время манипуляции практически отсутствовали. С целью предупреждения воспалительных осложнений в органах мошонки за день до пункции и последующие 3 дня после нее больным назначался ципролет по 500 мг внутримышечно 2 раза в сутки.

Содержимое гидроцеле макроскопически представляло собой прозрачную желтоватую жидкость.

На начальном этапе отработки методики склеротерапии мы применяли однократное введение бетадина за один сеанс лечения. В последующем кратность сеансов введения бетадина до полного эффекта составила от одного до двух. При этом не наблюдалось зависимости между кратностью сеансов склеротерапии и объемом гидроцеле.

В результате проведенной склеротерапии у 6 пациентов (11,5%) возникли осложнения: у 3 больных — подострый реактивный эпидидимит, ликвидированный консервативными мероприятиями, и у 3 — повышение температуры до субфебрильных цифр, не потребовавшее проведения специальных лечебных мероприятий (табл. 2).

По сравнению с количеством осложнений при хирургическом лечении гидроцеле эта частота значительно меньше.

Первичную оценку эффективности склеротерапии целесообразно проводить не ранее чем через месяц после ее выполнения, так как в ближайший период после лечения у большинства пациентов отмечался отек тканей мошонки и реактивное гидроцеле, не позволяющее адекватно оценить

Таблица 1

Количество бетадина, введенного после эвакуации экссудата

Группа больных	Объем выпущенной жидкости, мм ³	Количество бетадина 10%, мл
1-я	до 750,0	7,0
2-я	до 550,0	5,0
3-я	до 350,0	3,0

Таблица 2

Осложнения, возникшие после проведения склеротерапии

Группа больных	Количество больных	Острый орхоэпидидимит	Повышение температуры тела
1-я	9	—	2
2-я	17	1	—
3-я	26	2	1
Всего	52	3	3

эффект лечения.

Катамнестические наблюдения мы проводили в течение 1–3 лет. Положительным результатом лечения считали отсутствие признаков гидроцеле. Из 52 больных рецидив гидроцеле был отмечен у 2, что составляет 1,04%. Рецидив возник у пациентов с большим объемом водяночной жидкости — до 750 мм³. Мы расценивали рецидив как результат неправильного подбора количества вводимого бетадина в полость между оболочками яичек. Этим больным была проведена повторная склеротерапия. Интервал между сеансами склеротерапии должен составлять 3–5 нед — время, необходимое для обратного развития воспалительных изменений и образования фиброза. У остальных 50 пациентов

отмечен хороший лечебный эффект. Ни одному из больных в последующем не потребовалось проведение традиционного хирургического лечения по поводу гидроцеле.

Обострений сопутствующих заболеваний у наших пациентов не наблюдалось. Все манипуляции проводились амбулаторно, после предварительного обследования больного.

Стоимость манипуляции составила в среднем 17 грн, что играет немаловажную роль в социально-экономическом плане.

Таким образом, склеротерапию следует считать высокоэффективным, безопасным и доступным методом лечения гидроцеле.

Л и т е р а т у р а

1. Попов А. И., Юрчук С. М., Островский В. И. Хирургическое лечение гидроцеле у пациентов пожилого и старческого возраста // Вестн. хирургии им. И. И. Грекова.— 2003.— Т. 162, № 3.— С. 79–80.
2. Дунаевский Я. Л., Горохов М. Э. Лечение гидроцеле // Урология и нефрология.— 1990.— № 2.— С. 71–75.
3. Мальшева Т. Ф., Балашов А. Т., Мальшев В. А. Склеротерапия жидкостных образований органов мошонки под ультразвуковым контролем // Андрол. и генит. хирургия.— 2005.— № 2.— С. 50–55.

Поступила 30.01.2007