

Наиболее приемлемой в клинике является классификация типов конституции в морфологическом варианте М. В. Черноруцкого (1925). Он рассматривал три типа конституции: астенический, нормостенический и гиперстенический.

Обследовано и прооперировано 39 пациентов. Распределение по типам телосложения произошло следующим образом: больных с астеническим телосложением – 18 (46,2%), нормостеников – 16 (41,0%), гиперстеников – 5 (12,8%).

Варикоцеле 1 степени было диагностировано у 2 (5,1%), II степени – у 25 (64,1%), III степени – у 12 (30,8%) пациентов. Из 39 пациентов с рецидивом варикоцеле – 4 (10,2%).

Из 18 пациентов астенического типа телосложения со II степенью варикоцеле – 13 (72,2%) человек, с III степенью варикоцеле – 5 (27,8%) человек.

Из 16 пациентов нормостенического типа телосложения с I степенью варикоцеле – 2 (12,5%) человека, со II степенью – 12 (75,0%) человек, с III степенью – 2 (12,5%) пациента.

Нами отмечено, что у всех 5 пациентов гиперстенического типа телосложения варикозная трансформация вен гроздевидного сплетения была III степени.

При ультразвуковом исследовании обнаружено увеличение вен мошонки в зависимости от степени варикоцеле. При первой степени диаметр составлял 3-5 мм, при второй степени – 4-6 мм, при третьей степени – 5-8 мм.

При рецидиве варикоцеле нами проведены чрезмошоночные флеботестикулографии. Визуализированы не обнаруженные и не лигированные добавочные вены, сопровождающие внутреннюю тестикулярную вену, которые являлись причиной рецидива.

При проведении УЗИ у больных варикоцеле с гиперстеническим телосложением у 2 пациентов обнаружено удвоение чашечно-лоханочной системы левой почки, у 1 пациента по данным экскреторной урографии признаки добавочных сосудов левой почки.

Во время оперативного лечения выявлено, что у лиц с астеническим телосложением у 7 (38,8%) пациентов внутренняя яичковая вена представлена одним стволом, у 11 (61,2%) пациентов внутренняя яичковая вена представлена двумя и более стволами.

У лиц нормостенического телосложения тестикулярная вена представлена одним стволом у 7 (43,7%) человек, тестикулярная вена представлена двумя и более стволами у 9 (56,3%) человек.

У больных с гиперстеническим типом телосложения внутренняя тестикулярная вена представлена одним стволом у всех 5 (100%) человек, который значительно расширен от 0,5 до 0,8 см.

Гистологическое исследование яичковых вен проведено у всех пациентов. Во всех случаях выявлена недостаточность клапанного аппарата вены, истончение мышечного слоя венозной стенки.

Результаты исследования позволяют считать, что ведущей причиной варикоцеле являются пороки развития тестикулярной вены. Наиболее часто (51,2%) обнаруживаются добавочные вены-сателлиты, которые служат источником венозного возврата крови в гроздевидное сплетение. Не верифицированные сателлиты являются частой причиной возникновения рецидивов заболевания.

В комплексном обследовании больных с варикоцеле рекомендуем обращать внимание на конституциональную особенность индивида. У лиц астенического и нормостенического типа телосложения высока вероятность наличия добавочных вен, разветвленного типа строения яичковой вены, что необходимо учитывать при окклюзирующих операциях для избежания рецидивов заболевания.

У больных с гиперстеническим типом телосложения возможно наличие регионарной венозной почечной гипертензии, которая приводит к развитию ренотестикулярного рефлюкса с варикозной трансформацией вен семенного канатика.

Оперативный доступ пациентам астенического и нормостенического телосложения необходимо осуществлять как можно ближе к внутреннему отверстию пахового канала, для выявления всех добавочных вен внутренней яичковой вены. Лицам с гиперстеническим