

## ВЫБОР МЕТОДА ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ВАРИКОЦЕЛЕ

Освинин П.Л., Цап Н.А., Сысоев С.Г., Гайдышева Е.В.

Уральская государственная медицинская академия,

Детская городская клиническая больница №9,

Областная детская клиническая больница №1

Варикоцеле – одна из актуальных проблем практической андрологии. Вклад варикоцеле, как фактора развития мужского бесплодия, значителен и обусловлен как распространенностью данной патологии, так и неуклонным прогрессированием варикозного расширения вен семенного канатика, легкостью повреждения чувствительного к гипоксии сперматогенного эпителия, аутоиммунной агрессией на противоположное яичко. Проявляется варикоцеле обычно в пубертатном периоде – у детей старше 11 лет.

По данным разных авторов, среди мужчин варикоцеле встречается в 3,9-39,6% случаев, у мальчиков до 15 лет в 0,7-16,2%. При этом типичная локализация варикоцеле – левосторонняя (70 - 98% пациентов), справа встречается значительно реже – в 1 - 9% случаев, двустороннее варикоцеле имеет место не более чем у 2% больных. Тревожным является то, что у 20 – 80% таких пациентов уже отмечается нарушение сперматогенеза, а иногда и нарушение потенции. У 36% больных варикоцеле выявляют гипотрофию яичка.

Современная трактовка этиологии и патогенеза варикоцеле нацеливает на раннее оперативное вмешательство, даже при субклинической стадии заболевания, когда варикоцеле определяют с помощью цветной доплерографии. Литературные данные по обсуждению вопросов выбора метода оперативного лечения у детей и подростков недостаточно четкие, а иногда просто противоречивы.

В настоящее время используются ряд технических способов ликвидации варикоцеле: крайне редко операции сосудистого апастомозирования, при наличии современного оборудования рентген – эндovasкулярные вмешательства (склеротерапия, трансвенная эмболизация, эндovasкулярная коагуляция), и наиболее предпочтительные методики лигирования и пересечения тестикулярных сосудов: операция Паломо, операция Иванисевича, лапароскопическое клипирование яичковых вен.

Причина неудовлетворительных результатов (прежде всего таких осложнений как рецидив варикоцеле, гидроцеле, лимфостаз мошонки, болевой синдром в отдаленном периоде) кроется в несовершенстве механизма операции и объясняется возобновлением кровотока в тестикулярном бассейне, обладающем множеством внутрисистемных запасных коллатералей, в нарушении лимфооттока. Полного прерывания

патологического кровотока можно достигнуть путем тщательной перевязки и пересечения вен-сателлитов.

За пятилетний период в клинике детской хирургии (ОДКБ №1 и ДГКБ №9) находились на лечении 1632 пациента с левосторонним варикоцеле. Среди всех случаев болезни превактировала 2 клиническая стадия. Возраст пациентов распределялся следующим образом: 11-14 лет – 313 детей (19,2%), 14-16 лет – 961 подросток (58,9%), старше 16 лет – 358 детей (21,9%). Общее состояние больных с варикоцеле обычно не страдало, и диагностика заболевания основывалась на визуальном, пальпаторном обследовании, а также применялось УЗИ органов мошонки. С момента установления диагноза до операции проходило от 1 месяца до 2-х лет. Положительной динамики за это время не наблюдалось.

Всем мальчикам и подросткам была выполнена оперативная ликвидация варикоцеле тремя основными способами: по Паломо – 1050 операций (64,3%), по Иванисевичу – 511 операций (31,3%), лапароскопическим методом – 71 операция (4,4%). Ближайший послеоперационный период протекал без осложнений. При анализе отдаленного послеоперационного периода было выявлено 2 ведущих вида осложнений – водянка оболочек яичка у 41 ребенка (2,5%) и рецидив варикоцеле у 34 детей (2,08%).

Возникновение и развитие водянки оболочек яичка в сроки от 1 до 3 месяцев после операции Иванисевича отмечено у 12 пациентов (2,35%), после операции Паломо – у 23 детей (2,19%), после лапароскопического клипирования яичковых вен – у 6 больных (8,45%). Рецидив варикоцеле выявлен после операции Иванисевича у 19 детей (3,7%), после операции Паломо отмечено лишь у 2 пациентов (0,2%), после лапароскопического вмешательства у 5 больных (7,04%).

Оценивая эффективность различных методов оперативного лечения варикоцеле по критерию осложнений, можно расположить их по количественному показателю: лапароскопическая ликвидация варикоцеле – 11 осложнений (15,5%), операция Иванисевича – 31 (6%), операция Паломо – 25 осложнений (2,4%).

Проведенное исследование позволяет сделать выводы:

1. Варикоцеле требует настойчивого выявления при профилактических осмотрах. Необходимо внедрение УЗДГ яичковых сосудов, как скрининг-диагностика на до- и послеоперационном этапе
2. Оперативное вмешательство показано при субклинической и I стадии варикоцеле, т. е. по установлению диагноза
3. Оптимальным методом лечения является операция Паломо
4. Оперированные по поводу варикоцеле мальчики, подростки должны состоять на диспансерном учете у детского уролога-андролога в течение 1 года.