

ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ МАЛЬФОРМАЦИИ ВЕНОЗНОГО ГРОЗДЬЕВИДНОГО СПЛЕТЕНИЯ У МАЛЬЧИКОВ И ПОДРОСТКОВ

Дедюхин Н.А.², Комарова С.Ю.¹, Цап Н.А.¹, Основин П.Л.², Сысоев С.Г.², Аржанников А.А.²

¹ Уральский государственный медицинский университет, Екатеринбург, Россия

² Детская городская клиническая больница № 9, Екатеринбург, Россия

Обоснование. При мальформации венозного гроздьевидного сплетения у мальчиков и подростков важную роль играет возраст, в котором установлен диагноз. При варикоцеле III степени с объективными доказательствами гипотрофии левого яичка и разнице в объеме 20 % и более, обоснованы показания для оперативного лечения.

Цель: анализ интра- и послеоперационных результатов оперативного лечения мальчиков и подростков с варикоцеле при совершенствовании алгоритма дооперационного обследования.

Материалы и методы. Проведен анализ 763 историй болезни мальчиков и подростков, оперированных по поводу варикоцеле в отделении урологии-андрологии за период 2020–2022 гг. Возраст 8–17 лет. В соответствии с возрастными критериями выделено две группы. I группа: 8–13 лет — 167 (22 %) мальчика, II группа: 14–17 лет — 596 (78 %) подростков. В каждой возрастной группе на дооперационном этапе сопоставление клинической и эхографической картины мальформации венозного сплетения с учетом наличия или отсутствия гипотрофии левого яичка, жалоб на боль в яичке позволило более точно установить показания к оперативному лечению. Всем мальчикам и подросткам была выполнена лапароскопическая варикоцелэктомия по стандартной методике с клипированием или перевязкой семенных вен на расстоянии 2–5 см от глубокого пахового кольца. Ни в одном случае не выполнялась конверсия доступа.

Результаты и обсуждение. При выполнении лапароскопической варикоцелэктомии (ЛВЭ) после вскрытия брюшины с помощью диссектора и мобилизации сосудистого пучка от подлежащих тканей оценивали тип кровоснабжения по количеству семенных вен. У 119 (71,3 %) мальчиков I возрастной группы выявлен рассыпной тип кровоснабжения левого яичка, а во II группе преобладал магистральный или дихотомический тип — 502 (84,2 %) подростков. Для предупреждения возникновения осложнений в виде формирования гидроцеле проводилась тщательная диссекция лимфатических протоков от сосудистого пучка. Превентивно на интраоперационном этапе выполняется ревизия тканей и поиск дополнительных аномальных сосудов, прецизионное выделение их, что расценивается как мера профилактики рецидива варикоцеле в отдаленном послеоперационном периоде. В соответствии со стандартной методикой проведения операции рану над брюшиной не ушивали. Ближайший послеоперационный период в обеих группах протекал без осложнений. Мальчики и подростки выписаны под динамическое наблюдение у детского уролога-андролога, проводится клинико-сонографический мониторинг. При анализе осложнений рецидивы были выявлены и оперированы у 4 (2,4 %) мальчиков и 3 (0,5 %) подростков в I и II группах соответственно. Изолированное гидроцеле после ЛВЭ выявлено в I группе у 23 (13,8 %) мальчиков и во II группе у 44 (7,4 %) подростков.

Заключение. Оперативное лечение мальформации венозного гроздьевидного сплетения у мальчиков в возрасте 8–13 лет проведено в 22 % случаев. Показания к ЛВЭ устанавливались на основании объективных доказательств тестикулярной недостаточности. Интраоперационная оценка сосудистой анатомии установила значительные отличия в I и II группах: преобладание рассыпного типа кровоснабжения яичка (71,3 %) в младшей возрастной группе, что и является риском раннего возникновения варикоцеле, и магистрального типа (84,2 %) — у подростков.

Ключевые слова: варикоцеле; дети; лечение.