



**Н.Р. АКРАМОВ, А.А. АХУНЗЯНОВ, Ш.К. ТАХАУТДИНОВ,  
Л.Р. ГИМАДЕЕВА, Р.Н. НАЗМЕЕВ, М.Ф. БИКМУЛЛИН**

Казанский государственный медицинский университет

Детская республиканская клиническая больница МЗ РТ, г. Казань

## Результаты применения лечебно-диагностического комплекса у мальчиков с синдромом варикоцеле

Несмотря на распространенность синдрома варикоцеле, происхождение варикоза семенных вен и сопутствующих нарушений сперматогенеза остается неясным. Поэтому до сих пор окончательно не сформулированы патогенетические основы лечебной тактики, полностью не изучены механизмы действия хирургического вмешательства, что зачастую отрицательно сказывается на результате проводимых операций.

Объектом исследования явились 265 подростков с синдромом варикоцеле, курируемых в период с 2004 по 2008 гг., находившихся на обследовании и лечении в отделении урологии ДРКБ МЗ РТ. Все пациенты были выявлены при проведении профилактических осмотров детей школьного возраста или по запросу призывной комиссии военного комиссариата и на амбулаторном приеме детского хирурга и уролога-андролога.

С целью оптимизации обследования и лечения мальчиков с синдромом варикоцеле в условиях ДРКБ МЗ РТ была разработана рабочая этиопатогенетическая классификация синдрома варикоцеле. На основании этого предложен и внедрен в клиническую практику оригинальный лечебно-диагностический комплекс у детей с синдромом варикоцеле.

**В результате оценки проведенной комплексной диагностики пациентов с синдромом варикоцеле выявлены следующие закономерности:**

У 9 (3,4%) подростков с синдромом варикоцеле констатирован факт наличия сперматоцеле, из них у 6 (2,3%) — ипсилатерального яичка и у 3 (1,1%) — двухсторонний процесс.

У 29 (10,9%) пациентов с синдромом варикоцеле имелись сопутствующие андрологические заболевания, по поводу которых пациенты ранее или позднее получали лечение (гидроцеле, пахово-мошоночная грыжа, гипоспадия, меатостеноз, фимоз и др.).

У пациентов с отсутствием гемодинамических нарушений в венах тестикулярного бассейна изменений в яичках в 151 (78,2%) случае не наблюдается. Результаты УЗИ почек у пациентов с отсутствием гемодинамических нарушений в венах тестикулярного бассейна сходны с результатами УЗИ почек здоровых детей.

При венозной почечной гипертензии (ВПГ) I степени у 11 (27,5%) больных отмечается гипотрофия (гипоплазия) левого яичка.

При ВПГ II степени у 7 (30,4%) мальчиков отмечается гипотрофия (гипоплазия) левого яичка.

При ВПГ III степени у 4 (50,0%) подростков выявлена гипотрофия (гипоплазия) левого яичка.

У 100 (37,9%) пациентов с синдромом варикоцеле выявлены предрасполагающие анатомические факторы развития заболевания в виде аорто-мезентериальной компрессии левой почечной вены (ЛПВ), стеноза устья ЛПВ, кольцевидной ЛПВ, компрессии левой общей подвздошной вены и аномалии положения нижней полой вены.

Причинами рецидива синдрома варикоцеле в 23 (71,9%) из 32 случаев явилась левосторонняя ВПГ.

**Исходя из предлагаемого лечебно-диагностического комплекса по результатам диагностики, пациенты с синдромом варикоцеле распределены по группам лечения следующим образом:**

Консервативная терапия проведена у 42 (16%) мальчиков; Оклюзирующие операции типа «high ligation» или эндовазкулярная окклюзия левой яичковой вены — у 152 (57%);

Формирование проксимального тестикуло-илиакального анастомоза — у 40 (15%);

Экстравазальная коррекция компрессии левой почечной вены — у 23 (9%);

Пластика левой почечной вены — у 8 (3%).

Результаты применения лечебно-диагностического комплекса у мальчиков с синдромом варикоцеле отслежены в сроки от 1 до 5 лет после проведенного лечения. Предложенный алгоритм диагностики и дифференцированной тактики ведения пациентов с использованием лучевых и цифровых методов исследования позволил улучшить результаты лечения мальчиков с синдромом варикоцеле. Число рецидивов снизилось с 7,5% случаев (до использования предлагаемого алгоритма) до 1,89%.

Представленное исследование выполнено в рамках Гранта Президента Российской Федерации МД-669.2009.7.