

## ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ВАРИКОЦЕЛЕ У ДЕТЕЙ

П.С. Юрков.

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор – акад. МТА и АН ВШ А.А. Майборода, кафедра детской хирургии, зав. – д.м.н., проф. В.В. Подкаменев)

**Резюме.** В клинике детской хирургии ИГМУ проведено 370 лапароскопических операций при варикоцеле у детей. Впервые, на основе полученных топографо-анатомических особенностей в подвздошной ямке, разработана эндоскопическая классификация варикоцеле. Данная классификация ориентирована на эндохирургов, занимающихся проблемами урологии.

Вопрос о классификации варикозного расширения вен семенного канатика неоднократно поднимался в литературе – это классификации Нечипоренко З.А. (1964), Арбулиева М.Г. (1968), Rost A. et al. (1975г), Исакова Ю.Ф. и соавт., (1977), Dubin L. et al. (1978).

В настоящее время установлено отсутствие зависимости между снижением оплодотворяющей способности спермы и выраженностью варикоцеле (Степанов В.Н., 1973; Люлько А.В. и соавт., 1978; Мазо Е.Б. и соавт., 1990; Misurable M.F. et al., 1971; Saint-Pol P. et al., 1979; и др.). Следовательно, классификации варикозного расширения вен семенного канатика по стадиям и степеням сегодня потеряли свою актуальность, так как подразумевают оптимальные для оперативного вмешательства II и III стадии заболевания и “спокойную” I стадию, во время которой возникают и прогрессируют вплоть до необратимых нарушения сперматогенеза (Лопаткин Н.А. и соавт., 1983). Поэтому вопрос об оперативном вмешательстве должен вставать сразу же по установлении диагноза “варикоцеле”.

Классификации варикоцеле у взрослых, построенные на основе изучения оплодотворяющей способности спермы, у детей неприемлемы ввиду морально-психологических особенностей детского организма.

В 90-е годы большое распространение получили малоинвазивные лапароскопические методики в лечении данного заболевания, особенно в детском возрасте. Все большее количество статей с описанием методики оперативного вмешатель-

ства, аспектов анестезиологического пособия и преимуществ лапароскопии появляются на страницах журналов. Однако эндоскопической классификации, посвященной топографо-анатомическим особенностям в подвздошной ямке и ориентирующей эндохирурга в плане лечебной тактики при данной патологии, в литературе нет.

### Эндоскопическая классификация варикоцеле у детей

#### I. По локализации:

- 1) Левостороннее
- 2) Правостороннее
- 3) Двухстороннее

#### II. Варианты по топографо-анатомическим изменениям в подвздошной ямке:

- 1) Магистральный
- 2) Рассыпной (коллатеральный)
- 3) Магистрально-адгезивный
- 4) Магистрально-дуктальный
- 5) Магистрально-анастомозный
- 6) Магистрально-анастомозно-адгезивный
- 7) Коллатерально-адгезивный
- 8) Коллатерально-дуктальный
- 9) Коллатерально-анастомозный
- 10) Коллатерально-анастомозно-адгезивный.

В клинике детской хирургии Иркутского государственного медицинского университета проведено 370 лапароскопических операций при варикоцеле у детей. Данные, полученные при выполнении этих операций (рис.1), позволили сформулировать ряд топографо-анатомических особенностей оперируемой области в виде эндоскопической классификации варикоцеле (табл.).

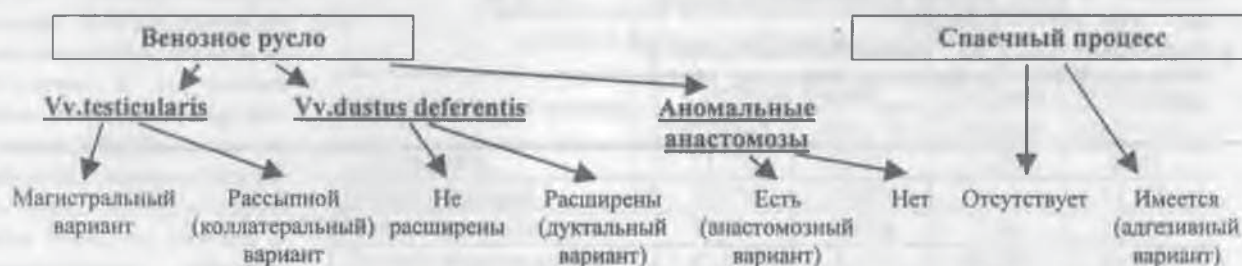


Рис.1. Схема формирования эндоскопических топографо-анатомических вариантов варикоцеле у детей

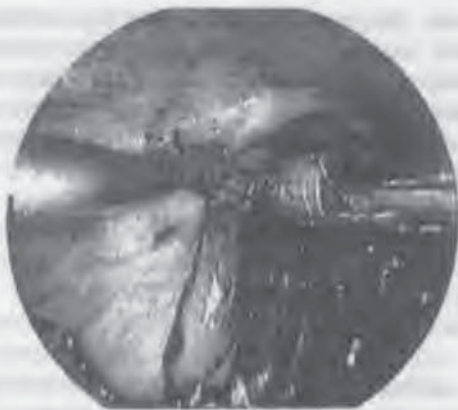


Рис.2. Магистральный вариант варикоцеле

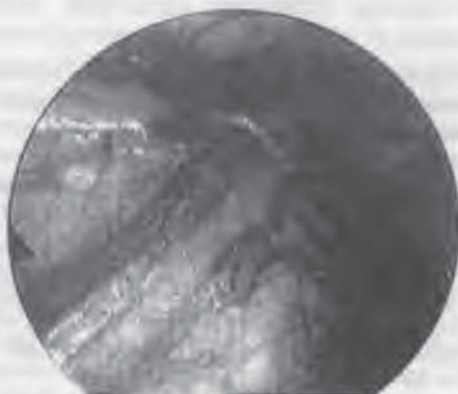


Рис.3. Коллатеральный вариант варикоцеле



Рис.4. Магистрально-дуктальный вариант варикоцеле



Рис.5. Магистрально-анастомозный вариант варикоцеле

В качестве примера, по предложенной классификации, *послеоперационный диагноз* по поводу варикоцеле будет сформулирован следующим образом:

- 1) Варикоцеле слева, магистральный вариант.
- 2) Варикоцеле слева, коллатерально-адгезивный вариант. (рис.1).

Отсутствие в подвздошной ямке спаечного процесса, аномальных анастомозов, а также расширения *vv.ductus deferentis* не является патологическими изменениями и поэтому при написании диагноза не учитывается.

Под магистральным вариантом *vv.testicularis* подразумевается яичковый пучок, состоящий из одной-двух вен (рис.2). При коллатеральном варианте – таких вен более двух, или при наличии двух вен в пучке имеются дополнительные вены-сателлиты (рис.3). Эти два варианта являются базовыми, на основе которых, при наличии сопутствующих компонентов, формируются дополнительные топографо-анатомические варианты варикоцеле.

Приводим характеристики основных компонентов.

Если помимо расширенных *vv.testicularis* имеются расширенные и извитые *vv.ductus deferentis*, то говорят о дуктальном компоненте (рис.4). Как правило эта ситуация соответствует III степени заболевания по классификации Ю.Ф. Исакова и свидетельствует о декомпенсации венозного кровотока в сосудах, дренирующих яичко.

При наличии дополнительных аномальных анастомозов – например, между яичковыми и подвздошными сосудами говорят об анастомозном компоненте (рис.5).

Не представляет трудности при выполнении лапароскопической операции оценить наличие спаечного процесса (адгезивный компонент) (рис.6). Надо отметить, что именно адгезивный компонент служит главной причиной конверсии лапароскопической операции к традиционному вмешательству.

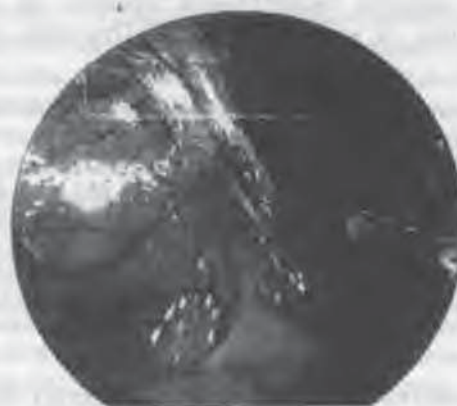


Рис.6. Магистрально-адгезивный вариант варикоцеле



Данная эндоскопическая классификация отражает все топографо-анатомические вариации строения подвздошной ямки у детей и ориентирована на эндохирургов, занимающихся проблемами урологии.

Таким образом, предложенная классификация обладает универсальностью, так как позволяет унифицировать изменения в подвздошных ямках при лапароскопии, помочь хирургу выбрать оптимальный способ лечения варикоцеле и улучшить его результаты.

## ENDOSCOPIC VARICOCELE CLASSIFICATION IT CHILDREN

P.S. Jurkov

(Irkutsk State Medical University)

From 1991 370 laparoscopic corrections of varicocele was carried in Irkutsk regional children's hospital. For the first time we found the endoscopic varicocele classification, that is based on anatomic features of iliac fossa. This classification is necessary for endosurgions, who is engaging an urological problems.

### Литература

1. Арбулиев М.Г. Варикоцеле у детей: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Москва, 1968.
2. Исаков Ю.Ф., Ерохин А.П., Гераськин В.И., Воронцов Ю.П. К проблеме варикоцеле у детей // Урол. и нефрол. — 1977. — №5. — С.51-56.
3. Лопаткин Н.А., Морозов А.В., Дзеранов Н.К. Трансформальная эндоваскулярная облитерация яичковой вены в лечении варикоцеле // Урол. и нефрол. — 1983. — №6. — С.50-53.
4. Люлько А.В., Кондрат П.С., Боржиевский Ц.К. Варикоцеле и функция яичек // Урол. и нефрол. — 1978. — №4. — С.57-61.
5. Мазо Е.Б., Корякин М.В., Евсеев Л.П., Акопян А.С. Роль функциональной взаимосвязи надпочечников и яичек в патогенезе бесплодия у больных с левосторонним варикоцеле // Урол. и нефрол. — 1990. — №2. — С.50-58.
6. Нечипоренко А.З. О классификации и лечении варикозного расширения вен семенного канатика // Урология. — 1964. — №2. — С.28-33.
7. Степанов В.Н. Варикоцеле в генезе мужского бесплодия. — В кн.: Тез. докл. IV Пленума Всерос. науч. об-ва урологов. — Барнаул, 1973. — С.103.
8. Dubin L., Amelar R.D. Varicocele // Urol. Clin. North Am. — 1978. — Vol.5, N.3. — P.563-572.
9. Misurable F., Storace A. La legatura della vena spermatica interna di sinistra nella terapia della oligospermia // Monit.ostet. — ginec. endocrinol. metabol. — 1971. — Vol.42, N.5. — P.397-404.
10. Rost A., Riechter-Reichhelm M., Kaden R., Pust R. Die varicocele als ursache von fertilitatsstorungen // Urologe Ausg. A. — 1975. — Vol.14, N.6. — P.282-286.
11. Saint-Pol P., Hermand E., Ganthier A. Valeur d'orientation du spermogramme dans le varicocele // J. Sci. Med. Lille. — 1979. — Vol.97, N.3. — P.79-86.

© САРАЕВА Н.О., СЕНДЕРОВА О.М., СЕДОВА Г.И., ЧИГИРИНОВА Н.А. —  
УДК 616.155.194-08

## АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ АПЛАСТИЧЕСКОЙ АНЕМИЕЙ

Н.О. Сараева, О.М. Сендерова, Г.И. Седова, Н.А. Чигиринова.

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор — акад. МТА и АН ВШ А.А. Майборода, кафедра госпитальной терапии, зав. — проф. Т.П. Сизых, Иркутская областная клиническая больница, гл. врач — к.м.н. Ю.Л. Птиченко, гематологическое отделение, зав. — З.Ф. Огнева)

**Резюме.** Проведен анализ 86 историй болезни больных апластической анемией (АА) за период с 1988 по 1998 годы. Установлено, что основную группу составили больные из городов Иркутска (32,5%), Ангарска (10,4%), Усолья (5,8%), Тулуна (5,8%) в возрасте 31-60 лет (60%) с преимущественно тяжелой АА (52,3%). В клинике преобладал геморрагический (34%) и язвенно-некротический синдромы (17,7%). Наиболее перспективным методом лечения тяжелой АА является использование циклоsporина-А. Глюкокортикостероиды и спленэктомия могут быть применены при нетяжелой АА. Использование заместительной терапии компонентами крови в качестве самостоятельного метода лечения этой патологии не может быть рекомендовано.

Апластическая анемия (АА) является заболеванием, причины которого многообразны. Основная роль отводится химическим соединениям, среди которых следует обратить особое внимание

на лекарственные препараты (пенициллин, тетрациклин, стрептомицин, сульфаниламиды, соли золота, противодиабетические средства [2,5,6]. Угнетение кроветворения могут вызвать также раз-