

ДООПЕРАЦИОННОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ДЕТЕЙ С ВАРИКОЦЕЛЕ

**А.А.Воеводин, Мохаммад Башир, В.А.Есипов, Н.Н.Крук, К.Е.Тучин
Тула, Россия**

Варикоцеле является одной из самых распространенных хирургических патологий у детей. По данным литературы, заболевание, в основном, распознается с девятилетнего возраста, достигая максимума у подростков 12-15 лет.

Актуальность проблемы варикоцеле объясняется не только широкой распространенностью данного заболевания, но так же негативным влиянием циркуляторной гипоксии тестикулярной ткани на сперматогенез и, в дальнейшем, на репродуктивную способность. В то же время оценка функционального состояния гонад у развивающегося организма представляет собой определенные трудности.

Цель нашей работы заключается в выработке показаний и оптимальных сроков оперативного лечения данного заболевания. При выявлении варикоцеле клинически уточняем степень заболевания, в последующем выполняем УЗИ почек, мочевого пузыря, органов мошонки, яичек (размеры и структура), целенаправленно осматриваем и определяем диаметр расширенных вен гроздевидного сплетения в покое и при нагрузке. Полученные данные считаем как исходные. Повторный клинический осмотр больных и УЗИ-обследование выполняем через 4-6 месяцев, в случае выявления отрицательной динамики и увеличении диаметра расширенных вен гроздевидного сплетения готовим больного к плановой операции.

Показанием для операции, по нашему, мнению, являются: 1) варикоцеле 2-3 степени (клинически) с жалобами на тянущие боли и неприятные ощущения в левой половине мошонки при физической нагрузке (в процессе динамического наблюдения); 2) неоднократные отрицательные данные, полученные по УЗИ. свидетельствующие о нарастании застойных явлений (увеличение диаметра) расширение вен гроздевидного сплетения и признаки нарушения кровотока в левом яичке. Оперативное лечение варикоцеле на основании только лишь первичного клинического осмотра считаем необоснованным.

По вышеизложенной схеме за период с 2003 по 2006 гг. обследовано и оперировано 75 детей с левосторонней варикоцеле в возрасте от 10 до 15 лет. Все дети оперированы по методике Иванисевича. В отдаленные сроки (через 2 года) рецидива заболеваний не отмечали.

Таким образом, тщательный дооперационный отбор больных, основанный на данных динамического наблюдения (определение степени заболевания), неоднократные УЗИ обследования (увеличение застоя в венах гроздевидного сплетения), т.е. выявление отрицательной динамики заболевания, способствует сокращению числа напрасных операций и тем самым снижает рецидивы заболевания и грозные осложнения.