

оценивались путем осмотра пациентов через 6 месяцев после лечения с использованием пробы Вальсальвы.

### **Результаты исследования и их обсуждение**

Всем пациентам была выполнена операция Иванисевича слева.

Возраст большинства больных на момент операции составлял 16–20 лет (81 %).

При поступлении пациенты предъявляли жалобы на ноющие боли в области левой половины мошонки предъявляли 56 (26 %) человек, на расширение вен яичка (жалоб нет) — 160 (74%) человек.

Из анамнеза у 191 (91 %) человека диагноз был установлен после прохождения медицинской комиссии, 21 (9,7 %) пациент самостоятельно обратились за медицинской помощью в связи с бесплодием в браке.

Все больные были прооперированы на следующий день после госпитализации. Гистологический диагноз варикоцеле был подтвержден в 100 % случаев. Длительность госпитализации составила  $4,3 \pm 2$  дня.

При оценке отдаленных результатов было осмотрено 177 (82 %) пациента. Им проводился визуальный осмотр с использованием пробы Вальсальвы. Рецидивов выявлено не было, жалоб пациенты не предъявляли. У 5 (2 %) пациентов была выявлена водянка оболочек левого яичка, потребовавшая в последующем выполнения операции.

### **Выводы**

1. Не смотря на многообразие хирургических методик лечения варикоцеле наиболее приемлемым, эффективным и общедоступным для практических хирургов остается открытая перевязка яичковых сосудов (операция по Иванисевичу).

2. С целью профилактики развития водянки оболочек яичка необходимо максимальное сохранение оттока лимфы от яичка, что может быть достигнуто использованием хирургической лупы.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Харченко, И. В. Варикоцеле: Современное состояние, проблемы диагностики и лечения / И. В. Харченко, В. М. Чекмарев, А. Е. Машков // Детская хирургия. — 2005. — № 4. — С. 43–46.
2. Разин, М. П. Детская урология-андрология: учеб. пособие / М. П. Разин, В. Н. Галкин, Н. К. Сухих. — М., 2011. — 128 с.
3. Бавильский, В. Ф. Выбор метода оперативного лечения варикоцеле / В. Ф. Бавильский, А. В. Суворов, А. В. Иванов // Урология. — 2003. — № 6. — С. 40–43.
4. Евдокимов, В. В. Варикоцеле у детей и подростков / В. В. Евдокимов, А. Г. Пугачев, С. В. Захариков // Урология. — 2002. — № 4. — С. 43–46.

УДК 616.147.22-007.64-08-036.87

## **ВЫБОР СПОСОБА ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВА ЛЕВОСТОРОННЕГО ВАРИКОЦЕЛЕ**

**Невмержицкая Ю. В.**

**Научный руководитель: А. С. Князюк**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

### **Введение**

Рецидив (повторное возникновение) варикоцеле обычно наблюдается вследствие сохраненного рефлюкса венозной крови по яичковой вене и может быть связан либо с неполной остановкой кровотока по просвету внутренней семенной вены либо с развитием дополнительных вен, которые на момент выполнения операции были не обнаружены.

Самый большой процент возникновения варикоцеле повторно у детей 1–20 %, он зависит от метода хирургического вмешательства. У взрослых пациентов — 2–9 %.

**Этиология.** Наибольшая вероятность появления рецидива приходится на метод Иванисевича/Паломо — 20 %, при лапароскопической операции — 2,4 % рецидива, при микро-

хирургической реваскуляризации — около 2 %, при операциях Бернарди — 5 %, Кондакова — 1,8 % [1, 3].

Рецидивы варикоцеле у взрослых в большинстве случаев (более 90 %) связаны с техническими погрешностями во время операции: неперевязанный дополнительный ствол или наличие анастомоза, обходящего область хирургического вмешательства — 68 % случаев, недостаточно эффективная перевязка основного ствола — 27 % случаев. Тщательное лигирование всех венозных сосудов, отходящих от внутреннего кольца пахового канала, позволяет уменьшить число рецидивов с 1,3 до 0,5 %.

Рецидив варикоцеле чаще происходит при традиционном хирургическом вмешательстве. Вокруг яичка при обострении заболевания возникают мелкие коллатеральные вены и анастомозы. Они практически незаметны, диаметр у них маленький, и без применения современных оптических приборов провести манипуляции на высоком уровне не всегда возможно.

Также рецидив может проявиться из-за недостаточной визуализации. В медицине описывались случаи, когда перевязывались вены жировой клетчатки. То есть операция выполнялась, но к лечению варикоцеле она не приводила [1, 2].

**Клиника.** Большинство пациентов с рецидивом варикоцеле жалоб не предъявляют. Как правило, рецидив варикоцеле выявляют при врачебном осмотре или массовых диспансерных обследованиях. Молодые люди отмечают увеличение и опущение левой половины мошонки, незначительные тянущие ощущения в яичках, мошонке и паховой области на стороне поражения, усиливающиеся при ходьбе и физической нагрузке. Увеличение левой половины мошонки чаще появляется в ортостазе и исчезает в клиностазе. В запущенных случаях боль носит постоянный характер [3].

**Диагностика.** В настоящее время самыми информативными методами диагностики рецидивного варикоцеле считаются тестикулофлебография и УЗИ с доплерографией. Многие ученые отказываются от флебографии для выявления анатомо-функционального состояния системы внутренней яичковой вены и рекомендуют этот метод лишь как первый этап в эндоваскулярной окклюзии. Предпочтение отдается ультразвуковому исследованию с ЦДК, как неинвазивному, более простому и дешевому методу диагностики рецидивного варикоцеле. Вместе с тем доплерография дает возможность косвенного выявления «источника» венозного сброса в гроздьевидное сплетение.

В современных публикациях отечественных и зарубежных авторов, посвященных лечению рецидивного варикоцеле, чаще всего речь идет о рентгенэндоваскулярных методиках. Эффективность этих методик по данным литературы около 90 % [2, 3].

**Лечение.** Оперативное лечение рецидивного варикоцеле отличается некоторыми особенностями: во-первых, оперативное вмешательство, произведенное ранее, резко изменяет топографо-анатомическую картину яичковой вены; во-вторых, поиск оставшихся стволов и культы пересеченной вены в склеротически измененной жировой клетчатке значительно затруднен и, наконец, в-третьих, уровень резекции оставшихся стволов зависит от характера строения яичковой вены, которая значительно отличается от дооперационной своими развитыми коллатеральными и анастомозами. Отсюда становится понятной необходимость сосудистых исследований при идиопатическом варикоцеле вообще, а при рецидивном особенно, для выбора тактики и метода лечения во избежание повторного рецидива заболевания.

Оперативное лечение рецидивного варикоцеле нельзя предпринимать без данных сосудистого исследования. Оперативное пособие необходимо выполнять в пределах не измененных тканей. Оптимальным уровнем резекции яичковой вены является граница между средней и нижней третью яичковой вены, что соответствует проекции подвздошных сосудов.

Если рецидив случается после ретроперитонеальных вмешательств, необходимо выполнить микрохирургическую варикоцелэктомию для ликвидации коллатералей из противоположной половины мошонки и коллатералей в паховом канале. При рецидиве после операций через паховый канал необходимо удалить сбросы из другой половины мошонки и из вен Gubernaculumtestis. При рецидиве после микрохирургической варикоцелэктомии из подпахового доступа причина рецидива кроется в технических погрешностях или в венах Gubernaculumtestis.

Микрохирургическая варикоцелэктомия после высокого пересечения яичковой вены (Иванисевича, Паломо, Бернарди) имеет преимущество по сравнению с другими операциями при рецидиве варикоцеле, обусловленное возможностью оперировать в нативных, а не рубцово-измененных тканях, перевязывая «целевые» ветви яичковой вены.

Если же рецидив произошел после микрохирургической варикоцелэктомии из подпахового доступа, то при повторной операции хорошим помощником является микро-Допплер, который позволяет идентифицировать и сохранить артерию.

Использование лапароскопии при рецидивном варикоцеле позволяет решить важную медико-социальную проблему — профилактику нарушения фертильности у детей и подростков в связи с возможностью выявить и устранить причину рецидива у абсолютного большинства больных [4, 5].

Тем не менее, при всех спорных ситуациях при рецидиве варикоцеле начинать нужно с флебографии антеградной или ретроградной. При необходимости сочетать ее с эмболизацией.

**Профилактика варикоцеле.** Основу профилактики рецидива составляет квалифицированно выполненная операция и соблюдение всех рекомендаций и назначений выполнившего ее врача.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. *Ким, В. В.* Анатомо-функциональное обоснование оперативного лечения варикоцеле / В. В. Ким, В. Г. Казимиров. — М.: Медпрактика-М, 2008. — 112 с.
2. *Комяков, Б. К.* Урология: учебник / Б. К. Комяков. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. — 492 с.
3. *Разин, М. П.* Детская урология-андрология: учеб. пособие / М. П. Разин, В. Н. Галкин, Н. К. Сухих. — 2011. — 128 с.
4. Урология: учебник / под ред. Н. А. Лопаткина. — 7-е изд., перераб. и доп. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. — 816 с.
5. *Насыров, А. Р.* Видеоретроперитонеоскопический метод лечения при рецидивах варикоцеле у детей / А. Р. Насыров // Медицинский вестник Башкортостана. — 2014. — Т. 9, № 1. — С. 22–28.

УДК 616.151.511

### КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ТРОМБОФИЛИЙ И ИХ СВЯЗЬ С РАЗВИТИЕМ РЕЦИДИВИРУЮЩИХ ТРОМБОЗОВ

*Нестеренко А. С.*

Научный руководитель: к.м.н., доцент *С. А. Ходулева*

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

#### *Введение*

Тромбофилия — это хроническое состояние, характеризующееся избыточным тромбообразованием в кровеносных сосудах. Тромбофилии различаются по этиологии, патогенезу, клиническим проявлениям и делятся на врожденные и приобретенные (развиваются на фоне основного заболевания). Клиническими проявлениями тромбофилии могут быть: венозные и артериальные тромбозы, повторные нарушения мозгового кровообращения, инфаркты миокарда у лиц молодого возраста [1, 3].

Среди наследственных тромбофилий наиболее значимыми в европейской популяции являются тромбофилии, обусловленные мутацией фактора V (Лейденская мутация) и фактора протромбина G20210A (FII). При вышеуказанных вариантах наследственной тромбофилии риск возникновения тромбозов возрастает в 10–20 раз [1, 2]. По данным Европейского консенсуса частота встречаемости мутаций FV и FII составляет 5–15 и 5 % соответственно. Роль мутаций других генов наследственной тромбофилии, таких как ген метилентетрагидрофолатредуктазы (MTHFR C677T) и ген ингибитора плазминогена (PAI-1), мутации FI, FXIII на развитие тромботических осложнений дискутируется и изучается [1, 2]. Среди возможных причин развития тромбофилии особого внимания заслуживает антифосфолипидный синдром (АФС), как вариант приобретенной тромбофилии.