

*Невмержицкая Ю. В.*Научный руководитель: *А. С. Князюк*

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

**Введение**

**Варикоцеле** — варикозное (узловое) расширение вен семенного канатика, вен яичка и придатка. Интерес к этой проблеме обусловлен большой частотой варикоцеле и его вредным влиянием на общий сперматогенез. Возраст большинства пациентов составляет от 14 до 30 лет. Частота колеблется от 10–25 % [1, 2]. В 40–90 % случаев варикоцеле сопровождается нарушением сперматогенеза. Как правило, варикоцеле бывает только с одной стороны — слева (80–98 %). Это объясняется различным впадением вен яичка справа и слева. Двустороннее варикоцеле встречается в 2–12 % случаев, в то время как правостороннее варикоцеле имеет место всего лишь в 3–8 % случаев [1–3].

Основной причиной варикоцеле у детей и подростков является недостаточность тестикулярной вены. Важное значение в генезе варикоцеле имеет увеличение венозного давления, которое определяется не только объемом притекающей крови, но и состоянием тонуса вен, показателями внутрибрюшного давления и другими факторами. Нормальные величины давления в яичковой вене у мужчин, не страдающих варикоцеле, не превышают 84 мм вод. ст. (по методу Вальдмана) или менее 8 мм рт. ст., а у больных варикоцеле они достигают 240 мм вод. ст. [1, 4].

Большое значение в клинике имеет так называемое вторичное варикоцеле — расширение вен семенного канатика в результате нарушения оттока от венозного сплетения семенного канатика, вызванного патологическим процессом в малом тазу и забрюшинном пространстве. Иногда варикоцеле, особенно правостороннее, служит одним из первых симптомов опухоли яичка. Поэтому, если расширение вен семенного канатика прогрессирует, больные нуждаются в детальном обследовании.

Диагностика варикоцеле основана на оценке жалоб больного, данных анамнеза, объективного статуса и результатов специальных методов обследования. Наиболее информативные и часто используемые: УЗИ мошонки, доплерография и дуплексное сканирование тестикулярной вены и вен гроздевидного сплетения.

История лечения варикоцеле насчитывает более 80 методов. Консервативное лечение включало ограничение физических нагрузок, ношение суспензория, орошение мошонки холодной водой или хлорэтилом, новокаиновые блокады семенного канатика и пр. Эти мероприятия, как правило, оказывались неэффективными и со временем уступили место хирургическим методам. Хирургическое лечение варикоцеле представлено большим количеством способов и модификаций, суть которых заключается в разобщении венозной системы яичка с левой почечной веной, для чего используют различные технические приемы.

Наиболее широкое распространение получили следующие методики: лапароскопическая, рентгеноэндоваскулярная, Иванисевича/Паломо [1–4].

Таким образом, лечение варикоцеле остается серьезной проблемой. Рациональное хирургическое вмешательство приводит к исчезновению варикоза семенных вен у 87–97 % больных, обеспечивая отчетливый косметический эффект. Функциональные результаты менее выражены.

**Цель**

Оценить результаты оперативного лечения больных с левосторонним варикоцеле.

**Материал и методы исследования**

На базе урологического отделения УЗ «Гомельская городская клиническая больница № 2» за 4 года (2012–2015 гг.) оперативное лечение варикоцеле слева было выполнено 216 пациентам. Был произведен ретроспективный анализ историй болезней. Отдаленные результаты

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-