

**ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВАРИКОЦЕЛЕ**

**А.Т. Байгазаков, Усон уулу Б.**

Эндовидеохирургический центр ЮРФА-Clinic,  
г. Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме:** представлены результаты лапароскопического лечения 35 больных с варикоцеле. Анализ результатов лечения показал высокую эффективность лапароскопических технологий, которые обладают такими преимуществами, как малотравматичность, отличный косметический эффект, быстрое восстановление пациента, низкая частота рецидива.

**Ключевые слова:** лапароскопия, варикоцеле, рецидив.

**ВАРИКОЦЕЛЕНИ ЛАПАРОСКОПИЯЛЫК ЫКМА МЕНЕН ДАРЫЛОО**

**А.Т. Байгазаков, Усон уулу Б.**

Эндовидеохирургиялык борбор ЮРФА-Clinic,  
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

**Корутунду:** варикоцеле менен 35 бейтаптардын лапароскопиялык ыкма менен дарылоонун натыйжалары. Лапароскопиялык ыкма менен дарылоонун жыйынтыктары жогорку деңгээлде натыйжалуулугун көрсөттү, бул ыкма бир канча артыкчылыктарга ээ, мисалы мыкты косметикалык таасири, бейтаптын тез арада калыбына келүүсү жана ошондой эле кайталануусунун азайышы.

**Негизги сөздөр:** лапароскопия, варикоцеле, кайталануусу.

**LAPAROSCOPIC TREATMENT OF VARICOCELE**

**A.T. Baigazakov, Uson uulu B.**

Endovideosurgical center YURFA-Clinic,  
Bishkek, the Kyrgyz Republic

**Summary:** the results of laparoscopic treatment of 35 patients with varicocele are presented. The analysis of the results of the treatment showed the high efficiency of laparoscopic technologies, which have such advantages as low traumatism, excellent cosmetic effect, rapid patient recovery, low recurrence rate.

**Key words:** laparoscopy, varicocele, relapse.

**Введение**

Варикоцеле – варикозное расширение вен семенного канатика – одно из распространенных урологических заболеваний, которое встречается в среднем в 10-25% случаев [1, 2]. Актуальность проблемы варикоцеле обусловлена не только медицинской, но и социальной значимостью, так как у 30% больных развиваются тяжелые нарушения сперматогенеза и у 40% - является причиной бездетного брака [2, 3].

Общеизвестно, что лечение варикоцеле оперативное и существуют более 80 способов лечения. Такое многообразие способов лечения одной патологии связано с отсутствием единого взгляда на этиопатогенетические механизмы заболевания и развитием рецидива после операции [1, 3,

4]. Среди современных методов лечения варикоцеле особое место занимают лапароскопические технологии, которые позволяют в режиме многократного оптического цифрового увеличения прецизионно выделить и окклюзировать яичковую вену и ее абберантные ветви, что очень важно в профилактике рецидива заболевания.

**Цель исследования:** оценить эффективность лапароскопической окклюзии яичковых вен у больных с варикоцеле.

**Материал и методы**

За период 2013-2017 годы в эндовидеохирургическом центре ЮРФА-Clinic лапароскопическим методом пролечено 35 больных с варикоцеле. Характеристика больных представлена в таблице 1.

Таблица 1

Характеристика больных с варикоцеле

Показатели	Количество больных	
	абс.	%
Возраст:		
>20	13	37,15
21-30	17	48,58
31-40	3	8,58
>40	2	5,72
Степень:		
I	6	17,15
II	26	74,29
III	3	8,58
Локализация поражения:		
Левостороннее	33	94,29
Правостороннее	-	-
Двустороннее	2	5,72
Сочетанные хирургические заболевания		
Всего:	4	11,43
Паховая грыжа	1	2,86
Хронический геморрой 3 стадии	1	2,86
Киста придатка яичка справа	1	2,86
Кисты придаток обеих яичек + липома	1	2,86

Ведущей жалобой практически у всех пациентов были тупые, тянущие боли в левой половине мошонки, усиливающиеся при физической нагрузке или ходьбе. Больные были обследованы путем анализа жалоб, сбора анамнеза, объективного и локального осмотра, проведения лабораторных исследований (общий анализ крови и мочи, глюкоза крови, печеночные и почечные тесты, коагулограмма, спермограммы, ИФА на выявление ВИЧ и сифилиса, маркеры вирусных гепатитов В и С, ПЦР-диагностика урогенитальных инфекций), а также ЭКГ, рентгенографии органов грудной клетки. Ведущим методом диагностики являлось УЗИ с доплерографией органов мошонки.

При выполнении лапароскопической окклюзии яичковых вен использовали эндовидеохирургический комплекс производства фирмы «ЭФА-медика» (Санкт-Петербург, Россия) с необходимым инструментальным набором. Все операции записывались на видеоносители и сохранялись в видеоархиве. Метод анестезии – общее обезболивание с использованием эндотрахеальной интубации и ИВЛ. Операция выполнялась бригадой в составе трех человек (оператор, ассистент и операционная сестра) в положении больного в позиции Тренделенбурга с наклоном операционного стола в правую сторону. Точки установки лапаропортов представлены на рисунке 1.

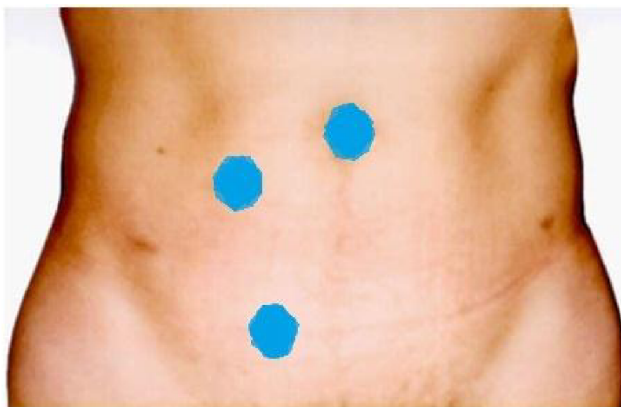


Рисунок 1. Расположение троакаров

**Техника операции:** после обработки операционного поля через кожный разрез 1,0 см в области пупочного кольца в брюшную полость проводим 10-мм троакар, и создается пневмоперитонеум в режиме 12 ммрт.ст. Под визуальным контролем устанавливаются два рабочих 5-мм троакаров. Проводится ревизия и оценка состояния трубчатых структур в зоне внутреннего пахового кольца, над которой рассекается париетальная брюшина до 1 см. Выделяется яичковая вена, которая освобождается от сосудистого пучка на протяжении. Для верификации яичковой вены проводим пробу: вена зажимается диссектором и

при надавливании на мошонку наблюдается расширение яичковой вены. В проксимальной части вена коагулируется с помощью биполярного диссектора. После этого вена рассекается, эвакуируется застойная кровь из варикозно расширенных вен гроздьевидного сплетения левого яичка. В завершении вена обрабатывается биполярным диссектором и иссекается в области коагуляции. Контроль гемостаза. Десуффляция и ушивание троакарных ран. Рану брюшины не зашиваем. Основные этапы лапароскопической окклюзии представлены на рисунке 2.

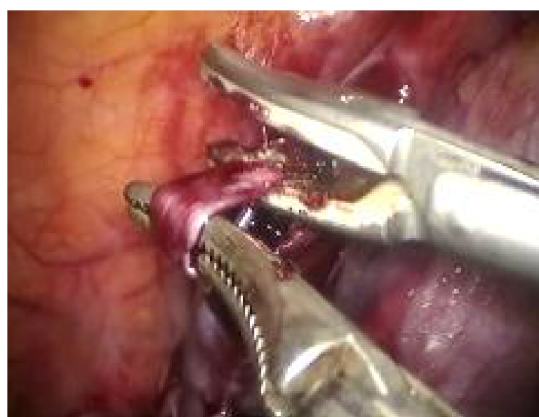
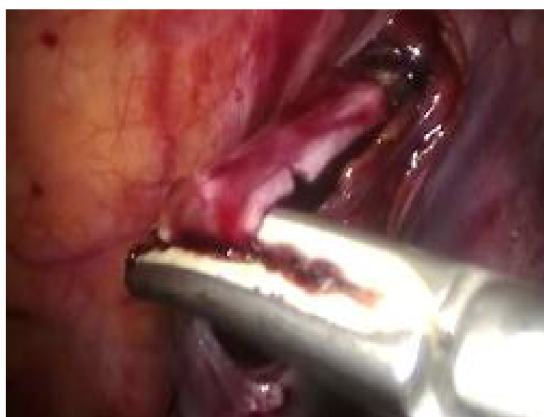
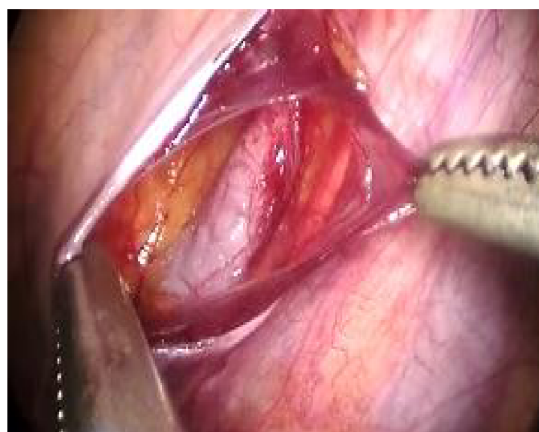


Рис. 2. Основные этапы лапароскопической окклюзии яичковой вены (собственные наблюдения).

### Результаты и обсуждение

Длительность лапароскопической окклюзии яичковой вены составила 20-35 мин. Пациентам с сочетанными патологиями были выполнены следующие симультанные операции: дезартеризация геморроидальных узлов с лифтинговой мукопексией (1 больной), биопсия из обоих яичек (1 больной), лапароскопическая герниопластика (ТАРР) справа (1 больной), кистэктомия из придатков обоих яичек (1 больной), удаление кисты придатка яичка справа + удаление липомы правого плеча (1 больной).

Всем больным проводили периоперационную антибиотикопрофилактику препаратами широкого спектра действия. Болевой синдром по визуально-аналоговой шкале не превышал  $3,5 \pm 0,5$  мм, что практически исключало необходимость в анальгезии. Все больные активизировались через 4-5 часов после операции и переходили на полное энтеральное питание. Необходимости в инфузионной терапии не было. Послеоперационных осложнений не наблюдалось.

Из всех 35 больных 33 (94,3%) были выписаны на следующий день после операции. Двое больных (после лапароскопической герниопластики и дезартеризации геморроидальных узлов) находились в стационаре 3-5 суток.

Следует отметить, что во время операции стволковой тип яичковой вены был установлен у 29 (82,86%) больных, рассыпной тип – у 6 (17,15%) больных. Все больные были повторно обследованы через 1 и 3 месяца после операции. Признаков рецидива варикоцеле не обнаружено.

### Заключение

Таким образом, лапароскопические технологии в лечении варикоцеле являются высокоэффективным методом лечения и обладают такими преимуществами, как малоинвазивность, ранняя послеоперационная реабилитация, радикальность и косметичность. Необходимо дальнейшее внедрение и изучение данного метода в сравнительном аспекте с другими методами лечения.

### Литература:

1. Алферов К.В. Варикоцеле: методические рекомендации по диагностике и лечению. Воронеж. 2005: 25.
2. Ким В.В., Казимиров В.Г. Анатомо-функциональное обоснование оперативного лечения варикоцеле. Москва: Медпрактика-М. 2008: 74.
3. Урология: под редакцией С.П. Пасечникова. Винница: Нова Книга. 2015: 456.
4. Мадыкин Ю.Ю., Золотухин О.В. Варикоцеле и нарушения фертильности. Вестник новых медицинских технологий 2013; 20 (2): 269-270.