ХУЛОСА

Ч.А. Абдуллозода, Х.Б. Давлатзода,
Ш.Ш. Сайфудинов

ТАБОБАТИ МИНИИНВАЗИВИИ ХОЛЕСИСТИТИ ШАДИДИ КАЛКУЛЕЗӢ ДАР ЗАНҲОИ ҲОМИЛА

Мақсади омӯзиш. Беҳтар намудани натиҷаҳои табобати занони ҳомила бо холесистити шадиди калкулезӣ.

Мавод ва усули тадқиқот. Ин тадқиқот натиҷаҳои мушоҳидаи 120 нафар беморони гирифтори холесистити шадиди калкулезӣ дар давраҳои гуногуни ҳомиладорӣ мебошад, ки дар Муассисаи давлатии «МТ Истиқлол» дар Душанбе аз соли 2018 то 2021 муоина ва табобат карда шуданд. Синну соли миёнаи беморон дар гурӯҳи асосӣ $29,8 \pm 7,9$ сол, дар гурӯҳи дуввум (назоратӣ) $31,2 \pm 8,3$ сол буд. Занҳои ҳомила аз ҳарду гурӯҳ аз рӯи синну сол, басомади ошкор кардани бемориҳои ҳамчун ва акушерӣ-гинекологӣ қобили муқоиса буданд.

Беморони ба тадқиқот дохилшуда ба 2 гурӯҳ тақсим карда шуданд: - ба гурӯҳи 1 (асосӣ) 70

зани ҳомила бо холесистити шадиди калкулезӣ дар триместрҳои гуногуни ҳомила дохил карда шуданд, ки дар онҳо усулҳои табобати инфиродӣ истифода шуданд; - ба гурӯҳи 2-юм (назорат) 50 зани ҳомила барои табобат шомил буданд, ки ба усулҳои мавҷудаи қабулшудаи табобат истифода шуданд.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва муҳокимаи онҳо.

Мушкilotи пас аз ҷарроҳӣ пас аз холесистэктомия бо роҳҳои гуногун дар беморони гурӯҳи асосӣ дар 3 ҳолат (7,3%), дар гурӯҳи назоратӣ ин нишондиҳанда дар 9 ҳолат (26,5%) маълум карда шуданд. Дар гурӯҳи асосӣ, оқибатҳои марговар ба мушоҳида нарасиданд, дар беморони гурӯҳи назоратӣ бошад, натиҷаҳои марговар дар 2 ҳолат (5,9%) қайд карда шуданд.

Хулоса. Ҳамин тариқ, ҳангоми мавҷуд набудани аломатҳои гипоксияи даруни батнӣ ва бесамарии терапияи консервативӣ, новобаста аз давраи ҳомилагӣ, амалиёти интиҳоб карда шуда, ин табобати миниинвазивӣ мебошад. Табобати ҷарроҳии ҳозиразамони миниинвазивӣ нисбат ба усулҳои анъанавии қабулшуда бартарии назаррас дорад.

Калимаҳои калидӣ: холесистити шадиди калкулезӣ, табобати ҷарроҳӣ.

УДК 616.147.22-007.64-071.3-089

doi: 10.52888/0514-2515-2021-349-2-12-16

К.П. Артыков^{1,2}, Б.Садуллоев², О.Ф. Солиев¹, Н.М. Мирзоев¹

ЛЕЧЕНИЕ ПОЧЕЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ВАРИКОЦЕЛЕ

¹Кафедра хирургических болезней №2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино

²ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии» МЗ и СЗН РТ

Солиев Олимжон Фаттоевич – аспирант кафедры хирургических болезней №2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино; тел.: +(992)988748004; E-mail: saliyev_2019@bk.ru

Цель исследования. Оценка результатов лечения почечной гипертензии при варикоцеле после формирования проксимального межвенозного анастомоза.

Материалы и методы исследования. Проведено обследование 167 пациентов с варикоцеле в возрасте от 16 до 39 лет. Степень оценки варикоцеле производилась по классификации Амерал Дубину, которая используется в классификации ВОЗ (1997). У всех пациентов клинически был выявлено наличие признаков варикоцеле. Импилатеральная гипотрофия яичка была выявлена у 21 (12,6%) пациента, а гидроцеле - у 6 (3,6%) пациентов. Всем пациентам до и после операции проводили анализ эякулята.

Результаты исследования и их обсуждение. Из 167 обследованных больных ренояичковый гемодинамический тип варикоцеле был выявлен у 115 (68,9%). Варикоцеле 1 степени был выявлен - у 17 (14,8%), 2 степени - у 31 (26,9%), и 3 степени - у 67 (58,3%) пациентов. При доплерографии вен семенного канатика внутренний диаметр варьировал от 3 до 6 мм. В среднем это значение составило $4,3 \pm 1,1$ мм. Всем этим пациентам была выполнена субингвинальная варикоцелэктомия по Мармар. Поэтому венодренирующие операции с целью снижения почечной гипертензии была выполнена 65 (56,5%) пациентам.

Заключение. Формирование межвенозных анастомозов является патогенетически обоснованным методом лечения регионарной венозной почечной гипертензии при варикоцеле.

Ключевые слова: варикоцеле, почечная гипертензия, доплерография, тестикуло-эпигастральные анастомозы, патоспермия.

K.P. Artykov^{1,2}, B. Sadulloev¹, O.F. Soliev², N.M. Mirzoev²

TREATMENT OF RENAL HYPERTENSION DURING VARICOCELE

¹Department of surgical diseases № 2 of SEI Avicenna Tajik State Medical University, Dushanbe, Tajikistan

²SU "Republican scientific center of cardiovascular surgery"

Soliev Olimzhon Fattoevich – full-time postgraduate student of the SEI "Avicenna Tajik State Medical University"; 734003, Dushanbe, Rudaki Ave. 139.; e-mail: saliyevev_2019@bk.ru; phone: +(992)988748004

Aim. To evaluate the results of treatment of renal hypertension in varicocele after the formation of the proximal intervenous anastomosis.

Material and methods. A survey was conducted among 167 patients with varicocele aged 16 to 39 years. The evaluation of the Varicocele degree was made by the classification of the Amerla Cubin, which is used in the WHO Classification (1997). All patients had clinical signs of varicocele. Ipsilateral testicle hypotrophy was detected in 21 (12.6%) and hydrocele 6 (3.6%) patients. All patients before and after the operation went through the analysis of ejaculate.

Results and discussion. The renotesticular hemodynamic type of varicocele was found in 115 (68.9%) of 167 surveyed patients. Varicocele of 1 degree was detected in 17 (14.8%) cases, 2 degrees in 31 (26.9%) and 3 degrees in 67 (58.3%) patients. With doppler ultrasonography of the veins of the spermatic cord, the inner diameter varied from 3 to 6 mm. On average, this value was 4.3 ± 1.1 mm. All these patients received subinguinal varicocelectomy by Marmar. Therefore, the vein drainage operations to reduce renal hypertension was carried out for 65 (56.5%) patients.

Conclusion. The formation of intervenous anastomoses is a pathogenetically justified method of treating regional venous renal hypertension in varicocele.

Keywords: varicocele, renal hypertension, Doppler sonography, testicular-epigastric anastomoses, pathospermia.

Актуальность. Варикоцеле в урологической практике считается одним из распространенных заболеваний. Частота встречаемости варикоцеле по литературным данным колеблется от 2,3 до 40% среди подростков и взрослого населения. Причем в дошкольном возрасте варикоцеле встречается до 1%, в подростковом возрасте до 15%, а среди призывников в армию свыше 20% [1-6]. Многочисленные исследования выявили связь между варикоцеле и патоспермией. Установлено, что при варикоцеле первичное бесплодие встречается до 40% [2-9].

В последнее время большинство андрологов придерживаются мнения, что при варикоцеле оперативное лечение оправдано, что способствует профилактике и нормализации сперматогенеза [3-11].

Для лечения варикоцеле предложены множества методов оперативных вмешательств. Однако большинство из них заключаются в перевязке внутренней семенной вены на различных уровнях, склеротерапии и лапароскопического клипирования. Внедрение в клиническую практику ультразвуковых методов исследования позволило выявить

гемодинамические нарушения в почечнотестикулярных и подвздошных венах, что позволило патогенетически обосновать предлагаемые методы лечения. Регионарной почечно-венозной гипертензией считается, при разнице давления в 4 мм рт.ст. между почечной и нижней полой веной [3-8] и гипертензия почечной вены выше 11 мм рт.ст. [11]. Венозный застой в системе внутренней семенной вены приводит к нарушению сперматогенеза, а почечная венозная гипертензия ухудшает функцию почки. Поэтому необходимо создать достаточный отток из яичка и устранить венозную гипертензию в бассейне почечной вены. Для решения этой проблемы заслуживает внимание предложенные венодренирующие операции [3-7]. Впервые формирование тестикулоподвздошного анастомоза при варикоцеле предложил академик Н.А. Лопаткин. Однако эта операция не нашла широкого применения из-за технической сложности и возможных осложнений. В последующем были предложены различные модификации этих анастомозов с использованием прецизионной техники [6]. В настоящее время для лечения варикоцеле широко используются формирование проксимальных и

дистальных анастомозов с использованием микрохирургической техники оперирования [12].

Цель исследования. Оценка результатов лечения почечной гипертензии при варикоцеле после формирования проксимального межвенозного анастомоза.

Материалы и методы исследования. В отделении восстановительной хирургии РНЦХ МЗ СЗНРТ за период с 2010 по 2021 гг. проведено обследование 167 пациентов с варикоцеле. Пациенты были в возрасте от 16 до 39 лет. Все пациенты проходили плановое обследование: сбор анамнеза; клиническое обследование; УЗИ почек и органов мошонки, доплерография сосудов яичек и почки. Степень оценки варикоцеле производилась по классификации Амерал Дубину, которая используется в классификации ВОЗ (1997). Согласно этой классификации 1 степень – расширенные вены мошонки выявляются только при маневре Вальсальвы. 2 степень – вены мошонки прощупываются в покое. 3 степень – вены мошонки видны визуально и прощупываются пальпаторно.

У всех пациентов клинически был выявлен наличие признаков варикоцеле. При проведении маневра Вальсальвы тест был положительным у всех пациентов. На наличие болевого синдрома жаловались 47,6% пациентов. Ипсилатеральная гипотрофия яичка была выявлена у 21 (12,6%), а гидроцеле 6 (3,6%) пациентов.

Для определения гемодинамического типа варикоцеле использовалась классификация Coolsaet (1980). На основании доплерографического исследования сосудов яичек проводилась проба Тромбетта: I тип ренояичковый; II тип илеояичковый; III тип смешанный рефлюкс.

В критерии включения вошли пациенты с ренояичковым гемодинамическим типом варикоцеле, т.к. только этот тип указывал на почечную гипертензию. Другие гемодинамические типы варикоцеле были исключены. Всем пациентам до и после операции проводили анализ эякулята.

Полученные в ходе исследования результаты были подвергнуты статистической обработке, данные представлены в виде средней (М) и отклонение среднего (m). Достоверность различий проводился по t критерию Стьюдента.

Результаты исследования и их обсуждение. Из 167 обследованных больных ренояичковый гемодинамический тип варикоцеле был выявлен у 115 (68,9%) пациентов. Варикоцеле 1 степени был выявлен у 17 (14,8%) пациентов, 2 степени - у 31 (26,9%) и 3 степени - у 67 (58,3%) пациентов. При

доплерографии вен семенного канатика внутренний диаметр варьировал от 3 до 6 мм. В среднем это значение составило $4,3 \pm 1,1$ мм. Измеряли скорость обратного сброса крови по внутренней семенной вене при маневре Вальсальвы, который у преимущественного большинства больных был, более 36 см/сек. У трех из этих пациентов была выявлена микрогематурия. На основании этих показателей пациентам была показана венодренирующая операция (тестикулоэпигастральный анастомоз). Однако интраоперационно у 41 (35,6%) пациентов был выявлен рассыпной тип внутренней семенной вены. Внутренняя семенная вена у 9 (7,8%) пациентов имела клапанную недостаточность, которая сочеталась варикозным расширением вен нижних конечностей. Клапанную недостаточность эпигастральной вены выявляли путем проведения двухпинцетной пробы. Всем этим пациентам была выполнена субингвинальная варикоцелэктомия по Мармар. Поэтому венодренирующие операции с целью снижения почечной гипертензии была выполнена 65 (56,5%) пациентам.

Оперативное вмешательство проводили под местным обезболиванием или спинальной анестезии. Микрохирургическое формирование межвенозных анастомозов проводилась с использованием операционного микроскопа «WILD» под 8-12 кратным увеличением, микрошовного материала 8/0 и набора микроинструментов. Оперативный доступ осуществляли в левой паховой области параллельно паховой связке длиной до 7 см. В забрюшинном пространстве выделяется внутренняя семенная вена и все остальные венозные веточки перевязываются и пересекаются. Проводится двухпинцетная проба, при которой выявляется наличие гипертензии почечного конца или яичкового конца семенной вены. От этого зависит формирование проксимального или дистального анастомоза. При наличии гипертензии обеих коллекторов показана формирование двунаправленных анастомозов. На основании этой пробы, формирование дистального анастомоза (для снижения почечной гипертензии) выполнено 59 пациентам. Формирование двух анастомозов было выполнено 6 пациентам.

Выявление гипертензии почечного или яичкового коллектора является обязательным условием для выбора того или иного анастомоза, т.к. при отсутствии гидродинамического давления анастомоз становится афункциональным. Это обстоятельство необходимо учитывать во время операции, т.к. пациент в ближайшем послеоперационном периоде находится в горизонтальном положении.

Наблюдение за пациентами в послеоперационном периоде проводилось в сроки до одного года. Оценивали клинические признаки, проводили доплерографию и данные спермограмм.

В ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде в сроки от 3 до 18 месяцев у пациентов не было жалоб. Болевого синдрома не было ни у одного пациента. Пальпаторно расширенные вены семенного канатика не выявлены, проба Вальсальвы была отрицательной у всех пациентов. При УЗИ яичек у пациентов с ипсилатеральной гипотрофией яичек отмечалось выравнивание яичек с >20% до <6%. Гидроцеле не было выявлено ни у одного пациента.

До и после операции проведена спермограмма 86 больным. До операции патоспермия не выявлена в 38 (44,2%) случаях, астеноспермия - в 22 (25,6%) случаях, олигоспермия I степени - в 2 (2,3%) случаях, II степени - в 9 (10,4%) случаях, III степени - в 7 (8,2%) случаях, аспермия в 8 (9,3%) случаях. Кроме того установлено, что варикоцеле оказывает отрицательное воздействие на сперматогенез при этом общее количество сперматозоидов уменьшается, снижается процент подвижных спермиев и индекс плодовитости Фарриса, повышается содержание незрелых клеток сперматогенеза и юных форм сперматозоидов.

После операции улучшились качественные показатели данного специфического теста по сравнению с исходными данными. Положительные сдвиги до уровня нормоспермии отмечены у 9 пациентов. При олигоспермии и астеноспермии спермограмма осталась без изменения у 2 пациентов. При олигоспермии II степени нормализация спермограммы (отсутствие изменений, ухудшение) отмечены по одному случаю. При лечении олигоспермии III степени у одного больного было улучшение до I степени и у двух - до астеноспермии. При астеноспермии у четырех пациентов из пяти было улучшение до нормоспермии, а у одного - без изменения. У двух больных с тератоспермией и акиноспермией, спермограмма нормализовалась. Аспермия улучшилась до уровня астеноспермии у одного больного.

На основании проведенных исследований формирование межвенных анастомозов при варикоцеле с почечной гипертензией является патогенетически обоснованным методом лечения. Однако микрохирургический метод лечения варикоцеле требует специального оборудования и подготовки врачей к овладению этой методики оперативного вмешательства, что ограничивает

широкое его применение.

Выводы.

1. Для выявления почечной гипертензии при варикоцеле необходимо доплерографическое исследование с целью выявления гемодинамического типа.
2. Ренояичковый гемодинамический тип указывает на наличие почечной венозной гипертензии.
3. Оптимальным методом лечения почечной гипертензии при варикоцеле является формирование межвенных анастомозов.
4. Формирование межвенных анастомозов при варикоцеле не только снижает почечную гипертензию, но и выравнивает ипсилатеральную гипотрофию яичек, улучшает фертильность.

ЛИТЕРАТУРА

(пп. 9-12 см. в REFERENCES)

1. Бердников М.А. Варикоцеле: современная проблема / М.А. Бердников, Н.В. Антипов // - Журнал фундаментальной медицины и биологии. - 2016. - № 3. - С. 42 - 50.
2. Боков А.И. Эффективность микрохирургической варикоцелэктомии при мужском бесплодии с последующей стимуляцией сперматогенеза / А.И. Боков, П.С. Кызласлов, А.Н.Абдулхамидов // Урол. ведомости. - 2015. - № 1(5) - С. 21-29.
3. Жуков О.Б. Варикозная болезнь органов таза мужчины / О.Б. Жуков, [и др.] // Андрология и генитальная хирургия. - 2016. - Т.17, № 4. - С.71-75.
4. Кадыров З.А. Лапароскопическое и микрохирургическое лигирование внутренних семенных вен при двустороннем варикоцеле / З.А. Кадыров [и др.] // Здравоохранение Таджикистана. - 2010. - Т. 304, № 1.- С. 38-42.
5. Лопаткин Н.А. Стеноз почечной вены / Н.А. Лопаткин, А.К. Морозов, Л.Н. Житникова // - М.: 1984. - 144 с.
6. Мухиддинов Н.Д. Причины рецидива варикоцеле / Н.Д. Мухиддинов [и др.] // Вестник Авиценны. - 2017. - Т.19, № 3. - С. 379-381.
7. Мухиддинов Н. Д. Современное состояние проблемы хирургического лечения больных с варикоцеле / Н. Д. Мухиддинов [и др.] // Вестник Авиценны. - 2017. - Т. 19, № 4. - С. 544-549.
8. Страхов С.Н. Варианты архитектоники, гемодинамики левой почечной и яичковой вен и выбор патогенетически обоснованного метода хирургического лечения левостороннего варикоцеле / С.Н. Страхов [и др.] // Анналы хирургии. - 2014. - № 3. - С. 32-40.

REFERENCES

1. Berdnikov M.A. Varikotsele: sovremennaya problema [Varicocele: Modern problem]. Zhurnal fundamentalnoy meditsiny i biologii - *Journal of Fundamental Medicine and Biology*, 2016, No. 3, pp. 42-50.
2. Bokov A.I. Effektivnost mikrokhirurgicheskoy varikotsektomii pri muzhskom besplodii s posleduyushchey stimulyatsiyey spermatogeneza [The effectiveness of microsurgical varicocelectomy during men's infertility, followed by spermatogenesis stimulation]. Urologicheskie vedomosti - *Urological statements*, 2015, No. 1 (5), pp. 21-29.
3. Zhukov O.B. Varikoznaya bolezni organov taza muzhchiny [Varicose disease of the body pelvis men]. *Andrologiya i genitalnaya khirurgiya - Andrology and genital surgery*, 2016, Vol. 17, No. 4, pp. 71-75.
4. Kadyrov Z.A. Laparoskopicheskoye i mikrokhirurgicheskoye ligirovaniye vnutrennikh semennykh ven pri dvustoronnem varikotsele [Laparoscopic and microsurgical ligation of domestic seed veins during bilateral varicocele]. *Zdravookhraneniye Tadzhikistana - Healthcare of Tajikistan*, 2010, Vol. 304, No 1, pp. 38-42.
5. Lopatkin N.A. *Stenoz pochechnoy veny* [Stenosis of the renal vein]. Moscow, 1984, 144 p.
6. Mukhiddinov N. D. Prichiny retsidiva varikotsele [Causes of recurrence varicocele]. Vestnik Avitsenny - *Avicenna Bulletin*, 2017, Vol. 19, No. 3, pp. 379-381.
7. Mukhiddinov N. D. Sovremennoye sostoyaniye problemy khirurgicheskogo lecheniya bolnykh s varikotsele [The current state of the problem of surgical treatment of patients with varicocele]. Vestnik Avitsenny - *Avicenna Bulletin*, 2017, Vol. 19, No. 4, pp. 544-549.
8. Strakhov S. N. Varianty arkhitektoniki, gemodinamiki levoy pochechnoy i yaichkovoy ven i vybor patogeneticheskogo obosnovannogo metoda khirurgicheskogo lecheniya levostoronnegogo varikotsele [Options for architectonics, hemodynamics of the left renal and testicular veins and the choice of the pathogenetically substantiated method of surgical treatment of left-sided varicocele]. *Annaly khirurgii - Annals of Surgery*, 2014, No. 3, pp. 32-40.
9. Deborah L. Varicoceles in the pediatric and adolescent population: threat to future fertility? *Fertility and Sterility*, 2017, No. 3, pp. 370-377.
10. Doppler Dynamic Tissue Perfusion Measurements in Adolescents with Varicocele. *Urologia Internationalis*, 2019, Vol. 103, pp. 55-61.
11. Marmar J.L. The evolution and refinements of varicocele surgery. *Asian Journal of Andrology*, 2016, No. 18, pp. 171-178.
12. Patil V. Redefining the criteria for grading varicoceles based on reflux times: a clinicoradiological correlation. *Ultrasound quarterly*, 2016, Vol. 32, No. 1, pp. 82-85.

ХУЛОСА

К.П. Артиков, Б. Садуллоев, О.Ф. Солиев, Н.М. Мирзоев

ТАБОБАТИ ГИПЕРТОНИЯИ ГУРДА ҲАНГОМИ ВАРИКОСЕЛЕ

Мақсади тадқиқот. Арзёбии натиҷаҳои табобати гипертонияи гурда дар варикоселе пас аз ташаккул ёфтани анастомози проксималии варидӣ.

Мавод ва услубҳои тадқиқот. Тадқиқот оид ба 167 беморони гирифтори варикоселе дар синни аз 16 то 39 сола гузаронида шуд. Синфи варикоселе аз рӯи таснифи Ameral Dubini, ки дар таснифи ТУТ истифода мешавад (1997) баҳогузори карда шуд. Ҳамаи беморон ба таври клиникӣ бо нишонаҳои варикоселе ташхис карда шуданд. Дар 21 (12,6%) бемор гипотрофияи ипсилатералии тестикалӣ ва дар 6 (3,6%) беморон гидроселе муайян карда шуд.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва муҳокимаи онҳо.

Аз 167 беморе, ки муоина карда шуд, навъи варикоселеи гемодинамикии ренотести 115 (68,9%) муайян карда шуд. Варикоселеи дараҷаи 1 дар 17 (14,8%), дараҷаи 2 дар 31 (26,9%) ва дараҷаи 3 дар 67 (58,3%) беморон муайян карда шуд. Дар аксардории доплерии рағҳои танобаки нутфабарор диаметри дарунӣ аз 3 то 6 мм-ро ташкил меод. Ба ҳисоби миёна, ин нишондиҳанда $4,3 \pm 1,1$ мм буд. Суръати гардиши баръакси хун тавассути раги сперматикии дохилӣ ҳангоми усули Валсальва чен карда шуд, ки дар аксарияти беморон зиёда аз 36 см / сония буд. Се нафар аз ин беморон микрогематурия доштанд. Дар асоси ин нишондиҳандаҳо, беморон барои ҷарроҳии вено-дренажӣ (анастомози тестикулоэпигастралӣ) нишон дода шуданд. Бо вучуди ин, дар дохили амалиёти ҷарроҳӣ дар 41 нафар (35,6%) беморон намуди ғуҷури вариדי сперматикии дохилӣ ошкор карда шуд.

Хулоса. Ташаккули анастомозҳои варидӣ усули аз ҷиҳати патогенетикӣ асоснокшуда барои табобати гипертонияи рағҳои варидии гурдаҳо дар варикоселе мебошад.

Калимаҳои асосӣ: варикоселе, гипертонияи гурда, сонографияи доплери, анастомозҳои тестикуло-эпигастрий, патоспермия.