

Драбкин Э. В., Макаренко А. С.
**ОБЗОР ТОПОГРАФО-АНАТОМИЧЕСКИХ ПРЕДПОСЫЛОК
РАЗВИТИЯ ВАРИКОЦЕЛЕ**

Научный руководитель ассист. Приставка И.В.
Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии
Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

При выполнении и разработке новых оперативных вмешательств с целью лечения варикоцеле необходима оценка топографо-анатомических предпосылок его развития.

При исследовании топографии внутренней яичковой вены было констатировано, что правая яичковая вена впадает в нижнюю полую вену, а левая - в левую почечную, причём чаще под прямым углом, что затрудняет отток венозной крови. Большую роль в формировании данной патологии играет аортомезентериальный «пинцет» - участок между аортой и верхней мезентериальной артерией, в котором проходит левая почечная вена, в которую впадает яичковая вена. Венозный стаз и компрессия создают предпосылки для дилатации внутренней семенной вены слева, что ведет к недостаточности венозных клапанов (иногда наблюдается и врожденное отсутствие или слабость клапанного аппарата). Кроме прочего *v. testicularis interna sinistra* проходит за корнем брыжейки сигмовидной кишки, что значительно увеличивает частоту сдавления вены.

В настоящее время традиционным методом хирургического лечения варикоцеле считается операция Иванисевича (*Ivanissevich*), заключающаяся в перевязке внутренней яичковой вены на уровне крыла подвздошной кости забрюшинно. Альтернативой классических методов все чаще становятся эндоваскулярные методики при варикоцеле с доступом через бедренную вену либо микрохирургические методики субингвинальным доступом. Инновационные методики снижают риск развития послеоперационных осложнений, а так же рецидив варикоцеле.