



Республика Таджикистан

(19) TJ (11) 121

(51) МПК(2006) А
61 В 17/00

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ПАТЕНТНОЕ
ВЕДОМСТВО

(12) **Описание изобретения** К МАЛОМУ ПАТЕНТУ

1

(21) 0800164

(22) 03.01.2008

(46) Бюл.50 (2), 2008

(71) Артыков К.П. (ТJ); Ходжамурадов Г.М. (ТJ);
Одинаев Х.С. (ТJ) ; Исмоилов М.М. (ТJ); Саидов
М.С. (ТJ).

(72) Артыков К.П. (ТJ); Ходжамурадов Г.М. (ТJ);
Одинаев Х.С. (ТJ) ; Исмоилов М.М. (ТJ); Саидов
М.С. (ТJ).

(73) Артыков К.П. (ТJ); Ходжамурадов Г.М. (ТJ);
Одинаев Х.С. (ТJ); Исмоилов М.М. (ТJ); Саидов
М.С. (ТJ).

(54) **СПОСОБ ФОРМИРОВАНИЯ ДИСТАЛЬНОГО
ТЕСТИКУЛО-САФЕННОГО АНАСТОМОЗА БЕЗ
ВСКРЫТИЯ ПАХОВОГО КАНАЛА ПРИ РЕЦИДИВНОМ
ВАРИКОЦЕЛЕ.**

(56) 1. Варикоцеле. З.А. Кадыров / Монография— 2006. — №3. — С. 269.

2. К вопросу о дифференциальном лечении варикоцеле с использованием микрохирургической техники. В.Г.Самодай, Ю.А.Пархисенко, А.В. Куркин. / Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии - 2002г, №1 - стр. 46-51.

3. Microsurgical treatment of varicocele. Belgrano E., Terrombetta C., Lima M. et al. // Eur.Urol. - 1998. Vol. 33, №1. - P.79.

(57) Изобретение относится к области медицины, а именно, разделу урологии и восстановительной хирургии.

Цель изобретения заключается в разработке ранее неопisanного способа формирования дистального тестикуло-сафенного межвенозного анастомоза без вскрытия пахового канала при

2

лечении рецидивного варикоцеле и ознакомление с его преимуществом.

Способ заключается в выполнении операции без вскрытия пахового канала. Косым разрезом длиной 6-8см. в левой паховой области, непосредственно под наружным кольцом пахового канала мобилизуют элементы семенного канатика. После рассечения мышцы кремастера под оптическим увеличением производится тщательная ревизия и дифференцировка элементов семенного канатика. Применение микрохирургической техники оперирования позволяет селективно лигировать венозные сосуды, идущие от яичка, комитантные вены которые сопровождают яичковую артерию, наружную семенную вену, не затрагивая артерию и лимфатические сосуды. После мобилизации основного ствола внутренней яичковой вены проксимальная ее часть перевязывается, т.к. большим была произведена операция Иванисевича. Дистальный конец внутренней яичковой вены (ВЯВ) мобилизуется и накладывается микроклипса. Вторым отдельным косо-продольным разрезом по внутренней поверхности в/3 бедра послойно обнажается большая подкожная вена. Отдельные ее притоки перевязываются, основной ствол мобилизуется дистально на протяжении 6-7см., вена перевязывается и пересекается. Мобилизованная вена перемещается в паховую рану через подкожный туннель. Под оптическим увеличением формируется дистальный тестикуло-сафенный анастомоз атравматической нитью 8/0 «конец в конец». После пуска кровотока проходимость анастомоза оценивается двухпинцетной пробой. Операцию завершают послойными швами ран.

Изобретение относится к области медицины, а именно, к разделу урологии и восстановительной хирургии. Проблема варикоцеле ввиду высокой социальной значимости привлекает внимание многих исследователей и является одной из diskutированных тем в современной хирургии [1]. Варикоцеле является довольно распространенным заболеванием, им страдает от 2,3% до 30,7% мужчин. В 80-98% случаев варикоцеле бывает левосторонним, в 2,3-8,3% - правосторонним и в 2,48-12,2% случаев - двухсторонним. Помимо этого на долю варикоцеле приходится от 40% до 80% бесплодия, которое довольно широко распространено среди мужчин молодого (трудоспособного) возраста [2,3].

Несмотря на предложенные более 80 способов операций, до сих пор оперативное лечение варикоцеле является предметом научных исследований с целью выбора оптимального варианта оперативной коррекции. Неблагоприятные исходы оперативного лечения варикозного расширения вен семенного канатика побудили одних авторов вообще отказаться от оперативного лечения, а других - искать новый подход в решении этой проблемы.

В качестве аналога служит операция Барроу - Бенет: лигирование и иссечение расширенных вен семенного канатика у наружного кольца пахового канала с соединением дистальной и проксимальной культы, внедренное Барроу - Бенетом в 1899 г. Разрез в области наружного отверстия пахового канала длиной до 6см. В рану осторожно извлекают яичко и вскрывают собственную влагалищную оболочку. Отпрепаровывают венозный пучок. Выделенные вены перевязывают сверху у пахового кольца и внизу у яичка и иссекают так, чтобы оставить примерно 1/3 всех венозных стволов. Предварительно проверяют, не захвачена ли в лигатуру семенная артерия и семявыносящий проток. На фиг. 1. изображена операция Барроу: а) обнажения расширенных вен семенного канатика, б) иссечения лигированного пучка расширенных вен семенного канатика, в) расширенные вены семенного канатика иссечены, г) операция Беннет-соединение дистальной и проксимальной культы, с тем чтобы достичь поднятия яичка.

Смысл операции заключается в том, что отток крови должен пройти более коротким путем через внутреннюю семенную вену. Успешность этой операции зависит от того, настолько новые пути справятся с предъявленными с ним требованиями. Bennet (1899) предложил оставшиеся после резекции вен концы верхней и нижней лигатуры связывать. Сведение концов резецированных вен способствует подтягиванию и подвешиванию яичка.

Преимуществом способа является то, что радикально иссекаются варикозно расширенные вены семенного канатика.

Недостатками способа являются возможность перевязки яичковой артерии и лимфатических сосудов, которые приводят к атрофии яичка и водянке оболочек яичка.

В качестве прототипа служит операция формирования тестикуло-илеокальных венозных анастомозов (ТИВА) при рецидивном варикоцеле. Косым разрезом кожи до 10см, доступом как при паховых грыжах, с рассечением апоневроза наружной косой мышцы мобилизуются элементы семенного канатика. После вскрытия оболочек семенного канатика под оптическим увеличением производится ревизия его элементов. Все вены вплоть до комитантных вен, которые сопровождают яичковую артерию, перевязываются и пересекаются, интактными остаются яичковая артерия, семявыносящий проток и лимфатические сосуды [2,3].

На концы пересеченной внутренней яичковой вен накладываются микроклипсы. Медиально и кзади от семенного канатика, в толще предбрюшинной клетчатки, выделяется нижняя эпигастральная вена (НЭВ) на протяжении 3-4см. Дистальный ее конец перевязывается, а с проксимальным формируется анастомоз с проксимальным концом пересеченной внутренней яичковой веной. Аналогичным образом выделяется внутренняя обгибающая подвздошную кость вена (ВОПКВ), которая находится латерально от семенного канатика и параллельно паховой связке. Формируются анастомозы между дистальным концом ВЯВ и ВОПКВ с использованием микрохирургической техники оперирования. На фиг. 2 изображена система внутренней яичковой вены, НЭВ и ВОПКВ до операции. На фиг. 3 изображена схема формирования тестикуло- илиокальных венозных анастомозов.

Суть операции заключается в формировании проксимального и дистального анастомозов пересеченной ВЯВ с ветвями подвздошной вены.

В ряде случаев причина возникновения варикоцеле связано с илеосперматическим или смешанным сбросом крови. Недостатком способа считается то, что при рецидивах заболевания внутренняя яичковая вена расширяется до 1,0см. и диаметр ветвей подвздошной вены не соответствуют для формирования анастомоза, в связи, с чем создаются технические сложности, которые приводят к тромбозу анастомоза.

Цель изобретения заключается в разработке способа формирования дистального тестикуло-сафенного анастомоза без вскрытия пахового канала при рецидивном варикоцеле.

Способ заключается в выполнении операции без вскрытия пахового канала. Косым разрезом длиной 6-8см в левой паховой области, непосредственно над наружным кольцом пахового канала

без ее вскрытия послойно мобилизуются элементы семенного канатика. После рассечения мышцы кремастера под оптическим увеличением произво-

5

дится тщательная ревизия и дифференцировка элементов семенного канатика. Применение микрохирургической техники оперирования позволяет селективно лигировать венозные сосуды, идущие от яичка, комитантные вены которые сопровождают яичковую артерию, наружную семенную вену, не затрагивая артерию и лимфатические сосуды. После мобилизации основного ствола внутренней яичковой вены проксимальная ее часть перевязывается, т.к. больным была произведена операция Иванисеевича. Дистальный конец внутренней яичковой вены (ВЯВ) мобилизуется и накладывается микроклипса. Вторым отдельным косопродольным разрезом по внутренней поверхности в/3 бедра, обнажается большая подкожная вена. Отдельные ее притоки перевязываются, основной ствол мобилизуется дистально на протяжении 6-7см., вена перевязывается и пересекается. Мобилизованная вена выводится в паховую рану через подкожный туннель. Под оптическим увеличением формируется дистальный тестикуло-сафенный анастомоз атравматической нитью 8/0 «конец в конец». После пуска кровотока проходимость анастомоза оценивается двухпинцетной пробой.

Гемостаз по ходу операции. Послойные швы на рану. На Фиг. 4 изображена система внутренней яичковой вены, наружной семенной вены (НСВ) и большой подкожной вены (БПВ) до операции. На Фиг. 5 изображена схема формирования дистального тестикуло-сафенного венозного анастомоза без вскрытия наружного пахового кольца. На Фиг. 6 изображена мобилизация большой подкожной вены. На Фиг. 7 изображена сопоставление проксимального конца большой подкожной вены с дистальным концом яичковой вены. На Фиг. 8 изображена сформированный дистальный тестикуло - сафенный анастомоз. На Фиг. 9 изображена перемещенная наполненная большая подкожная вена после пуска кровотока.

Пример 1. Больной И.Х., 1979 г.р. Ист. бол. № 388 поступил в РХНУПЦВХ с диагнозом «Рецидивное левостороннее варикоцеле III степени. Состояние после операции Иванисеевича». При осмотре вторичные половые признаки от нормы не отклонены, имеется асимметрия за счет расположения левого яичка на 3,5см ниже правого и выраженности вен у корня левого яичка. В паховой

области имеется послеоперационный рубец, сросшийся без признаков воспаления. Левое яичко незначительно меньше размером чем правое, име-

6

ются змеевидно расширенные вены семенного канатика, которые доходят до корня мошонки, пальпаторно слегка болезненные и напряженные. Кожа мошонки не изменена. Вены расширяются при проведения незначительной физической нагрузки. Симптом Иванисеевича положительный. Диагноз подтвердился по данным УЗ исследования органов мошонки и почек, УЗ доплерографии яичковой вены, термометрии кожи мошонки, спермограммы и гормонального исследования. Пациенту произведена операция формирования дистального тестикуло-сафенного венозного анастомоза «конец в конец» слева без вскрытия наружного пахового кольца. Через 6 месяцев после операции признаков расширения вен семенного канатика нет. Симптом Иванисеевича отрицательный, термоасимметрия мошонки отсутствует, показатели спермограммы нормализовались.

Пример 2. Больной Э.И., 1985 г.р. Ист. бол. № 395 поступил в РХНУПЦВХ с диагнозом «Рецидивное левостороннее варикоцеле III степени. Состояние после операции Иванисеевича». При осмотре вторичные половые признаки от нормы не отклонены, имеется асимметрия за счет расположения левого яичка на 3,5см ниже правого и выраженности вен у корня левого яичка. В паховой области имеется послеоперационный рубец, без признаков воспаления. Левое яичко незначительно меньше размером чем правое, имеется змеевидно расширенные вены семенного канатика, которые доходят до корня мошонки, пальпаторно слегка болезненное и напряженное. Кожа мошонки не изменена. Вены расширяются при проведения незначительной физической нагрузки. Симптом Иванисеевича положительный. Диагноз подтвержден УЗ доплерографией, термометрией кожи мошонки и изменением спермограммы. Пациенту произведена операция формирование дистального тестикуло-сафенного венозного анастомоза «конец в конец» слева без вскрытия наружного пахового кольца. Результат операции оценен через 8 месяцев после операции. Признаков расширения вен семенного канатика нет, симптом Иванисеевича отрицательный, термоасимметрия мошонки отсутствует, показатели спермограммы нормализовались.

ФОРМУЛА ИЗОБРЕТЕНИЯ

Способ формирования дистального тестикуло-сафенного анастомоза без вскрытия пахового канала при рецидивном варикоцеле, включающий то,

что элементы семенного канатика мобилизуют косым разрезом кожи, под оптическим увеличением производят тщательную ревизию его элемен-

тов, на вену накладывают микроклипс, **отличающийся тем, что** разрез производят в левой паховой области непосредственно над наружным кольцом пахового канала без ее вскрытия, мобилизуют основной ствол внутренней яичковой вены, прово-

7

дят дифференцировку элементов семенного канатика, перевязывают проксимальную часть основного ствола внутренней яичковой вены, дистальный конец внутренней яичковой вены мобилизуют и накладывают микроклипсу, производят второй отдельный косен-продольный разрез по

внутренней поверхности в/3 бедра ниже паховой складки на 2см. обнажают большую подкожную

вену, вену перевязывают и пересекают, централь-

8

ный отрезок длиной 6-8см. мобилизуют вплоть до впадения его в бедренную вену, производят подкожную туннелизацию и мобилизованный конец вены выводят в паховую рану, под оптическим увеличением накладывают дистальный тестикуло-сафеный анастомоз атравматической нитью 8/0 «конец в конец».

121

Компьютерный набор: Назарова Дж.

Заказ

Тираж

Подписное

Национальный патентно-информационный центр РТ
734042, г. Душанбе, ул. Айни, 14а.