



Республика Таджикистан

(19) **TJ** (11) **138**

(51) **МПК(2006) А**
61 В 17/00

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ПАТЕНТНОЕ
ВЕДОМСТВО

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

1

(21) 0800165

(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 ТЕСТИКУ-**
ЛО-ИЛИОКАЛЬНЫХ АНАСТОМОЗОВ
ТОЛЬКО ЗА СЧЕТ НИЖНИХ ЭПИГА-
СТРАЛЬНЫХ ВЕН ПРИ ВАРИКОЦЕЛЕ (ВА-
РИАНТЫ).

(56) 1 Диагностика и лечение варикоцеле. В.Н.
Степанов, З.А. Кадыров, /Монография. — 2001.
— С. 163.

2. Формирования тестикуло-илиакальных ве-
нозных анастомозов при лечении варикоцеле. К.П.
Артыков, У.А. Курбанов, А.А. Давлятов, А.К. Ба-
ратов. /Ж. Ангиология и сосудистая хирургия №4,
стр. 57-61.2002г.

3. Microsurgery Spermatic-Epigastric Anastomo-
sis for treatment of varicocele. – Microsurgery Belgra-
no E, Savoca G. 5:1. 44-49; 1984.

(57) Изобретение относится к области меди-
цины, а именно разделу урологии и восстанови-
тельной хирургии.

По донному способу, при параллельном со-
провождении эпигастральной артерии двух веноз-
ных стволов, отдельно впадающих в подвздошную
вену, производят косой разрез длиной 7-8 см как
при косых паховых грыжах в левой пахово-
подвздошной области. Рассекают апоневроз

2

наружной косой мышцы и тупо разделяют мышцы
по ходу волокон. Парietaльную брюшину отодви-
гают к средней линии, как при операции в нижней
трети мочееточника, на брюшине определяют яич-
ковую вену. Периферические отделы вен перевя-
зывают, центральные отрезки нижних эпига-
стральных вен мобилизуют на протяжении 3-5см.
(6 см выше впадения на подвздошную вену).
Накладывают микроклипс и под оптическим уве-
личение проводят тщательную дифференцировку
элементов семенного канатика. Все расширенные
вены перевязывают, подготавливают внутреннюю
семенную вену, пересекают ее и накладывают
клипс. Оба анастомоза накладывают с прокси-
мальным и дистальным концом внутренней яичко-
вой вены и параллельных нижних эпигастральных
вен путем применения прецизионной техники.

При Н-образных нижних эпигастральных ве-
нах венозную переемычку между двумя стволами
перевязывают атравматичной нитью нейлон 7,0
пересекают и проверяют наличие состоятельности
клапанов обеих вен. Оба анастомоза накладывают
с проксимальным и дистальным концом внутрен-
ней яичковой вены и параллельных нижних эпига-
стральных вен путем применения прецизионной
техники.

При У-образных формах вены под оптическим
увеличением производят тщательную дифферен-
цировку элементов семенного канатика. Селектив-
но лигируют венозные сосуды, идущие от яичка, и
комитантные вены, которые сопровождают яичко-
вую артерию. Оба анастомоза накладывают между
проксимальным и дистальным концами внутрен-
ней яичковой вены. Швы накладывают атравмати-
ческими нитями 8,0-9,0.

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

В настоящее время большинство урологов единодушны в своем мнении, что коррекция варикоцеле является необходимым оперативным пособием для профилактики нарушения и нормализации сперматогенеза. Однако проблема выбора способа лечения остается нерешенной. История хирургического лечения варикоцеле насчитывает много столетий, и к настоящему времени предложено более 80 видов оперативных вмешательств, но золотого стандарта в лечении варикоцеле до сих пор не существует [1,2]. Известно, что в настоящее время при хирургическом лечении варикоцеле применяется операция Иванисевича. Между тем, изучение отдаленных результатов показало, что эта операция не всегда патогенетически обоснована, часто развивается рецидив заболевания и не снижает почечно-венозную гипертензию [3]. 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 формирования тестикуло - илеокальных венозных анастомозов (ТИА), внедренное авторами заявки, на которого ими получено удостоверение на рационализаторское предложение за N 1165 от 30.06.1989г., выданное ТГМИ им. Абуали ибни Сино, г. Душанбе. Методика следующая. 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].

Выбранная вена пересекается и на концы накладываются микроклипсы. Далее, медиально и кзади от семенного канатика, в толще предбрюшинной клетчатки, выделяется нижняя эпигастральная вена (НЭВ). Дистальный ее конец перевязывается, проксимальный подготавливается для формирования анастомоза с яичковой веной. Аналогичным образом выделяется внутренняя огибающая подвздошную кость вена (ВОПКВ), которая находится латерально от семенного канатика и параллельно паховой связке. На Фиг. 1 изображена система внутренней яичковой вены, НЭВ и ВОПКВ до операции.

После подготовки концов выбранного ствола внутренней яичковой вены формируются анастомозы между почечным ее концом и НЭВ с одной

стороны и яичковым концом и ВОПКВ — с другой, с использованием оптического увеличения, микрохирургического инструментария, микрошовного материала. На Фиг. 2 изображена схема формирования тестикуло- или акальных венозных анастомозов. Суть операции заключается в формировании проксимального и дистального венозных анастомозов путем применения вен подвздошной вены: нижняя эпигастральная вена, вена огибающая крыло подвздошной кости. Предпочтение данной операции отдается при первичном варикоцеле, т.к. мобилизация элементов семенного канатика, вен подвздошной вены и наложения анастомозов производится после рассечения апоневроза наружной косой мышцы. Путем наложения двунаправленного анастомоза снижается давление в обоих коллекторах.

Недостатком способа считается, то, что для мобилизации вены огибающей крыло подвздошной кости требуется дополнительное время, она технически трудновыполнима и в ряде случаев диаметр ВОПКВ не соответствует для формирования анастомоза.

Прототипом служит способ лечения варикоцеле, предложенный впервые Н.А. Лопаткиным в 1973г. Суть операции заключается в формировании прямых тестикуло-илеокальных венозных анастомозов. Косым разрезом длиной 7-8см как при косых паховых грыжах в левой пахово-подвздошной области, после рассечения апоневроза наружной косой мышцы тупо разделяют мышцы по ходу волокон. Паристальную брюшину отодвигают к средней линии, как при операции на мочеточнике в нижней его трети. На брюшине определяют яичковую вену, которая обычно резко расширена. Вену у места перекреста ее с ductus deferens перевязывают и пересекают. Проксимальный ее отрезок, на который накладывают зажим Дифференбаха, выделяют на протяжении 5см. Выделяется также левая общая подвздошная вена на участке 4-5см и на передней ее стенке вырезают овальное «окно» несколько больше диаметра, подготовленного к анастомозированию и косо отсеченного проксимального конца v. testicularis sin [1,3]. Анастомоз между яичковой и общей подвздошной веной накладывается непрерывным швом атравматической иглой «конец в бок». На Фиг. 3 изображена операция Лопаткина, схема формирования яичково – подвздошного анастомоза.

Преимущество предложенного способа заключается в том, что он направлен на сохранение обходного венозного ренокавального анастомоза, компенсаторно развивающегося в связи с затруднением венозного оттока из почки (следует отметить, что при традиционной операции Иванисевича, в результате которой ликвидируется вари-

коцеле, разрушается именно этот обходной анастомоз).

Недостатком способа относятся также наблюдаемые следующие грозные осложнения - тромбоз подвздошной вены, тромбоэмболия легочной артерии, кровотечения из линии анастомоза и высокая частота рецидива (до 33%). В связи с чем операция по Лопаткину не нашла широкое применение в клинической практике.

Цель изобретения заключается в разработке ранее неопisanного способа формирования межвенных анастомозов, путем применения нижних эпигастральных вен в зависимости от анатомических особенностей при лечении варикоцеле.

Способ заключается в выполнении операции без вскрытия брюшной полости. Доступ как при паховых грыжах. Сначала обнажали ветвь подвздошной вены, т.е. нижнюю эпигастральную вену.

Косым разрезом длиной 7-8см. как при косых паховых грыжах в левой пахово-подвздошной области, после рассечения апоневроза наружной косой мышцы тупо разделяют мышцы по ходу волокон. Паритетальную брюшину отодвигают к средней линии, как при операции на мочеточнике в нижней его трети. На брюшине определяют яичковую вену, которая обычно резко расширена.

В зависимости от анатомических особенностей вены выбирался объем операции.

Вариант I. В 7 случаях эпигастральную артерию сопровождали параллельно два венозных ствола размерами 3,0-4,0мм, которые отдельно впадали в подвздошную вену (На Фиг. 4 изображена система внутренней яичковой вены и параллельных НЭВ до операции. На Фиг. 5 изображена схема формирования тестикуло-илиакальных венозных анастомозов за счет параллельных НЭВ. На Фиг. 6 изображена мобилизация два параллельных нижних эпигастральных вен. На Фиг. 7 изображена интраоперационное фото сформированных тестикуло-илиакальных венозных анастомозов за счет параллельных НЭВ), в таких случаях после перевязки периферических отделов вен, центральные отрезки нижних эпигастральных вен мобилизуют на протяжении 3-5см. (6 см выше впадения на подвздошную вену) и накладывают микроклипс. Под оптическим увеличением проводится тщательная дифференцировка элементов семенного канатика. Все расширенные вены перевязываются подготавливается внутренняя семенная вена. После ее пересечения и взятия на клипс оба анастомоза накладывают с проксимальным и дистальным концом внутренней яичковой вены и параллельных нижних эпигастральных вен путем применения прецизионной техники.

Вариант II. В 5 случаях обнаружена Н-образная, нижняя эпигастральная вена. При Н-образных нижних эпигастральных венах венозная перемычка между двумя стволами, после перевязки атравматичной нитью нейлон 7,0, пересекается

(На Фиг. 8 изображена система внутренней яичковой вены и Н-образной НЭВ до операции. На Фиг. 9 изображена схема формирования тестикуло-илиакальных венозных анастомозов за счет Н-образной НЭВ. На Фиг. 10 изображена мобилизация два нижних эпигастральных вен Н образной формы. На Фиг. 11 изображена интраоперационное фото сформированных тестикуло-илиакальных венозных анастомозов за счет Н-образной НЭВ после пересечения межвенной перемычки) и вены приобретают параллельную форму. Проверяют наличие состоятельности клапанов обеих вен. Остальной этап операции- формирования анастомозов проводится как при параллельных формах НЭВ.

Вариант III. В 3 случаях в ходе мобилизации НЭВ обнаружена У-образная форма. НЭВ мобилизуется на протяжении 3-5 см, выше слияния в единый ствол периферическая часть перевязывается и пересекается ниже слияния накладывается микроклипс. При У-образных формах вены необходимо наличие клапанов каждой вены до их слияния и отрезок вен выше слияния составил более 2-3см. с наличием клапанов (На Фиг. 12 изображена система внутренней яичковой вены и У-образной НЭВ до операции. На Фиг. 13 изображена схема формирования тестикуло-илиакальных венозных анастомозов за счет У-образной НЭВ. На Фиг. 14 изображена мобилизация и перевязка всех комитантных вен. На Фиг. 15 изображена мобилизация нижней эпигастральной вены У-образной формы. На Фиг. 16 изображена интраоперационное фото сформированных тестикуло-илиакальных венозных анастомозов за счет У-образной НЭВ). Под оптическим увеличением производили тщательную дифференцировку элементов семенного канатика. Применение микрохирургической техники оперирования позволяло селективно лигировать венозные сосуды, идущие от яичка, комитантные вены, которые сопровождают яичковую артерию, не затрагивая артерию и лимфатические сосуды, что максимально снижало вероятность рецидива варикоцеле, гидроцеле и атрофию яичка. Также как, при параллельных формах НЭВ оба анастомоза накладываются между проксимальным и дистальным концом внутренней яичковой вены. Швы накладывали с помощью микрохирургической техники с применением атравматических нитей 8\0-9\0. В ряде случаев проводили пластику передней стенки пахового канала по Мартынову. Послойные швы на рану. На кожу накладывали косметический шов атравматическими нитями нейлон 3,0-4,0.

Пример 1. Больной Ш.К., 1990 г.р. Ист.бол. № 101 поступил в РХНУПЦВХ с диагнозом «Первичное левостороннее варикоцеле II- степени». При осмотре мошонки имеется асимметрия за счет расположения левого яичка на 3,0см ниже правой и выраженности вен у корня левого яичка. Левое яичка незначительно меньше размером чем правое,

имеется змеевидно расширенные вен семенного канатика, которые доходят до корня мошонки, пальпаторно слегка болезненные и напряженные. Кожа мошонки не изменена. Симптом Иваниссеевича положительный.

Диагноз подтвержден данными УЗ исследования органов мошонки и почек (яичко S 47x21мм, D 52x52мм), УЗ доплерографии яичковой вены (рефлюкс), термометрии кожи мошонки (термоасимметрия) и спермограммы (астеноспермия). Пациенту произведено операция формирование тестикуло-илиокальных венозных анастомозов слева только за счет ветвей НЭВ. В ходе операции обнаружено, что эпигастральную артерию сопровождают параллельно два венозных ствола, размерами 3,0-4,0мм. Учитывая соответствующих для анастомоза венозных стволов, оба анастомозов (проксимальный и дистальный) сформированы с выше перечисленными венами. Вена огибающая крылья подвздошной кости не мобилизована. При контрольном осмотре через 6 месяцев результат операции был положительным и она оценивалась по данным: термометрии – исчезновения термоасимметрии, отсутствие патологического рефлюкса, отрицательный симптом Иваниссеевича, нормализации показателей спермограммы.

Пример 2. Больной Б.Х., 1993 г.р. Ист. бол. № 324 поступил в РХНУПЦВХ с диагнозом «Первичное левостороннее варикоцеле II- степени». Диагноз подтвержден по данным УЗ исследования органов мошонки и почек, УЗ доплерографии яичковой вены, термометрии кожи мошонки и спермограммы. Пациенту произведено операция формирование тестикуло-илиокальных венозных анастомозов слева только за счет НЭВ. В ходе операции при мобилизации вен обнаружено, что эпигастральную артерию сопровождают два венозных ствола Y-образной формы, размерами 3,0-4,0мм. Учитывая соответствующих для анастомоза венозных стволов, оба анастомозов (проксимальный и дистальный) сформированы с ветвями НЭВ. При контрольном осмотре через 6 месяцев результат операции был положительным и она оценивалась по данным: термометрии – исчезновения тер-

моасимметрии, отсутствие патологического рефлюкса, отрицательный симптом Иваниссеевича.

Пример 3. Больной Ш.И., 1983 г.р. Ист.бол. № 333 поступил в РХНУПЦВХ с диагнозом «Первичное левостороннее варикоцеле III- степени». При осмотре мошонки имеется асимметрия за счет расположения левого яичка на 3,0см ниже правой и выраженности вен у корня левого яичка, которые опускаются за нижним полюсом левого яичка. Левое яичко незначительно уменьшено в размере 32x23мм, мягко эластичной консистенции, имеется змеевидно расширенные вен семенного канатика, которые окутывают яичко с латеральной поверхности, опускаются за его нижним полюсом, пальпаторно слегка болезненные и напряженные. Вены расширяются после физической нагрузки (10 приседаний) и в вертикальном положении. Кожа мошонки не изменена. Симптом Иваниссеевича положительный.

Диагноз подтвержден по данным УЗ исследования органов мошонки и почек, УЗ доплерографии яичковой вены, термометрии кожи мошонки и спермограммы. Пациенту произведено операция формирование тестикуло-илиокальных венозных анастомозов слева только за счет НЭВ. В ходе операции при мобилизации вен обнаружено, что эпигастральную артерию сопровождают два венозных ствола H-образной формы, размерами 3,0-4,0мм. Учитывая соответствие для анастомоза диаметров венозных стволов, оба анастомозов (проксимальный и дистальный) сформированы с выше перечисленными венами. Вена огибающая крылья подвздошной кости не мобилизована. После пуска кровотока отмечено, что проходимость анастомозов сохранены. После осмотра отмечается перетяжка за счет комитиантной веной между венами НЭВ (H-образной), последняя пересечена, и натяжение на линии анастомозов уменьшено. При контрольном осмотре через 6 месяцев положительный результат операции оценивался также по данным: термометрии – исчезновения термоасимметрии, отсутствие патологического рефлюкса, отрицательный симптом Иваниссеевича, нормализации показателей спермограммы.

ФОРМУЛА ИЗОБРЕТЕНИЯ

1.Способ формирования тестикуло-илиокальных анастомозов только за счет нижних эпигастральных вен при варикоцеле, заключающийся в том, что производят косой разрез длиной 7-8см как при косых паховых грыжах в левой пахово-подвздошной области, рассекают апоневроз наружной косой мышцы, тупо разделяют мышцы по ходу волокон, париетальную брюшину отодвигают к средней линии, как при операции в нижней трети мочеочника, на брюшине определяют яичковую вену, **отличающийся тем, что** при парал-

лельном сопровождении эпигастральной артерии двух венозных стволов, отдельно впадающих в подвздошную вену, периферические отделы вен перевязывают, центральные отрезки нижних эпигастральных вен мобилизуют на протяжении 3-5см. (6 см выше впадения на подвздошную вену), накладывают микроклипс, под оптическим увеличителем проводят тщательную дифференцировку элементов семенного канатика, все расширенные вены перевязывают, подготавливают внутреннюю семенную вену, пересекают ее и накладывают

клипс, оба анастомоза накладывают с проксимальным и дистальным концом внутренней яичковой вены и параллельных нижних эпигастральных вен путем применения прецизионной техники.

2.Способ формирования тестикуло-илиокальных анастомозов только за счет нижних эпигастральных вен при варикоцеле, заключающийся в том, что производят косой разрез длиной 7-8см как при косых паховых грыжах в левой пахово-подвздошной области, рассекают апоневроз наружной косой мышцы, тупо разделяют мышцы по ходу волокон, париетальную брюшину отодвигают к средней линии, как при операции в нижней трети мочеочника, на брюшине определяют яичковую вену, **отличающийся тем, что** при Н-образных нижних эпигастральных венах венозную перепошку между двумя стволами перевязывают атраматичной нитью нейлон 7,0 и пересекают, проверяют наличие состоятельности клапанов обеих вен, оба анастомоза накладывают с проксимальным и дистальным концом внутренней яичковой вены и параллельных нижних эпига-

стральных вен путем применения прецизионной техники.

3.Способ формирования тестикуло-илиокальных анастомозов только за счет нижних эпигастральных вен при варикоцеле, заключающийся в том, что производят косой разрез длиной 7-8см как при косых паховых грыжах и левой пахово-подвздошной области, рассекают апоневроз наружной косой мышцы, тупо разделяют мышцы по ходу волокон, париетальную брюшину отодвигают к средней линии, как при операции в нижней трети мочеочника, на брюшине определяют яичковую вену, **отличающийся тем, что** при У-образных формах вены под оптическим увеличением производят тщательную дифференцировку элементов семенного канатика, не затрагивая артерию и лимфатические сосуды селективно лигируют венозные сосуды, идущие от яичка, и комитантные вены, которые сопровождают яичковую артерию, оба анастомоза накладывают между проксимальным и дистальным концами внутренней яичковой вены, швы накладывают атраматическими нитями 8,0-9,0.

Компьютерный набор: Назарова Дж.

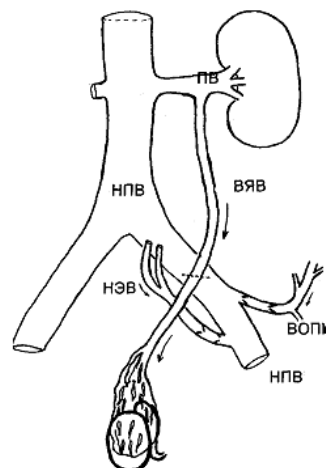
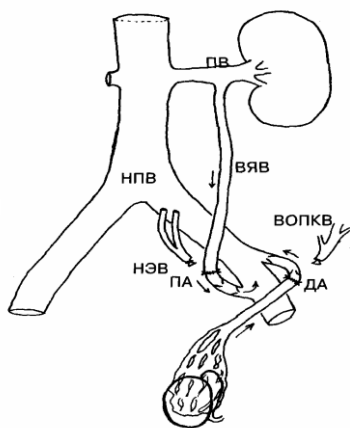
Заказ

Тираж

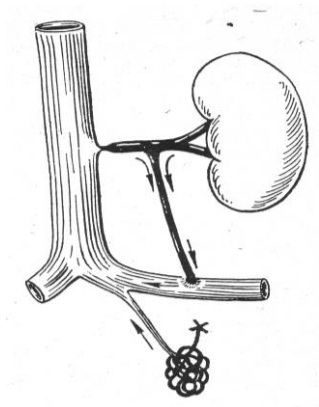
Подписное

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

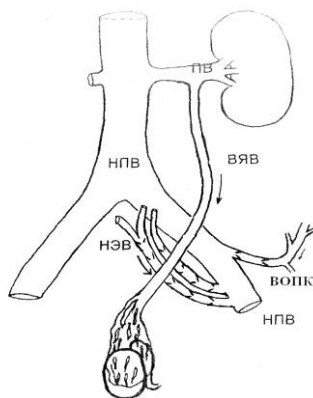
СПОСОБ ФОРМИРОВАНИЯ ТСТИКУЛО-ИЛИОКАЛЬНЫХ АНАСТОМОЗОВ ЗА СЧЕТ НИЖНИХ ЭПИГАСРАЛЬНЫХ ВЕН ПРИ ВАРИКОЦЕЛЕ



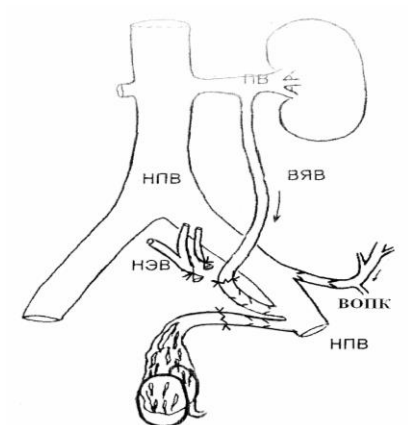
Фиг. 1



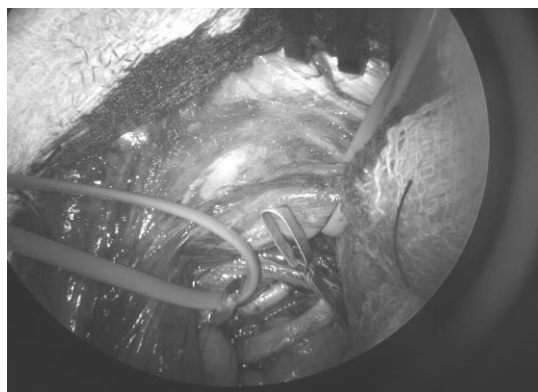
Фиг. 2



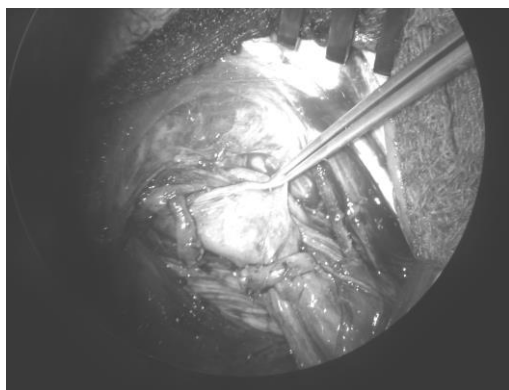
Фиг. 3



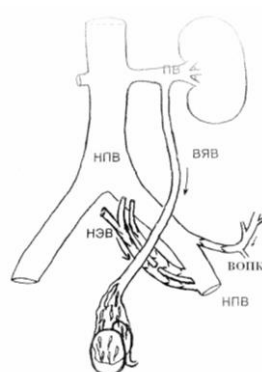
Фиг. 4



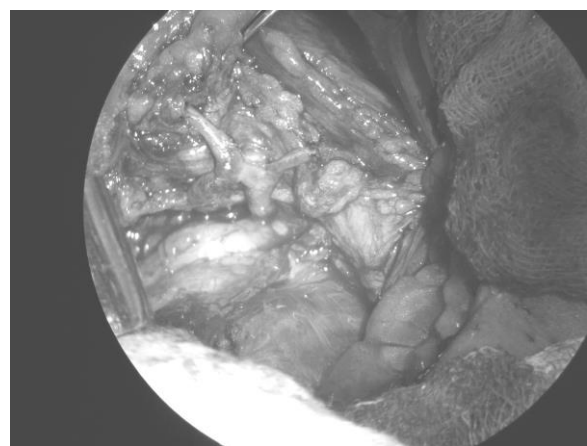
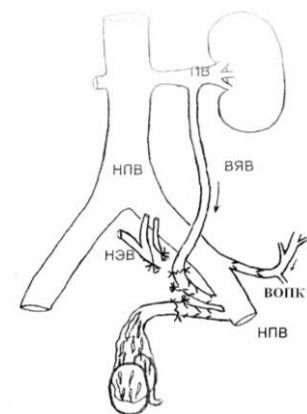
Фиг. 5



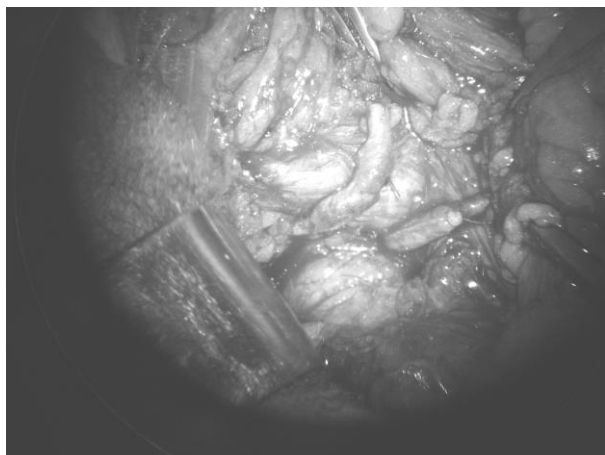
Фиг. 6



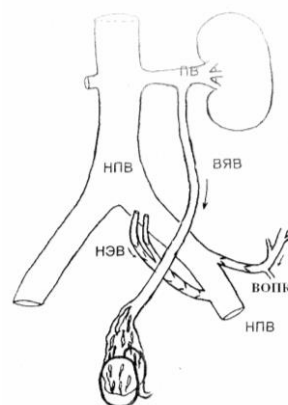
Фиг. 8



Фиг. 9

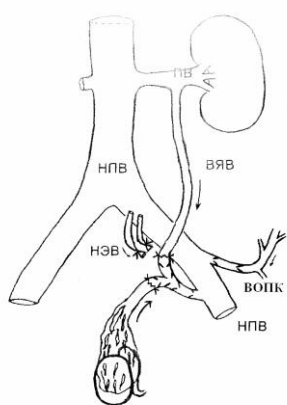


Фиг. 10

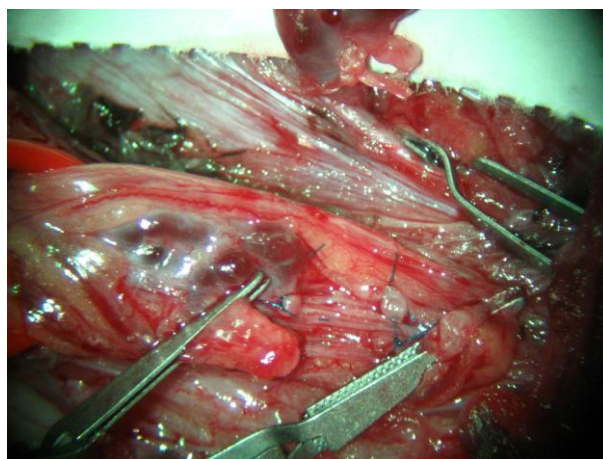


Фиг. 12

Фиг. 11



Фиг. 13



Фиг. 14

