



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **55491** (13) **U**  
(51) МПК (2009)  
**A61B 17/00**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ**ОПИС**  
**ДО ПАТЕНТУ**  
**НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ**видається під  
відповідальність  
власника  
патенту**(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ВАРИКОЦЕЛЕ**

1

2

**(21)** u201008715**(22)** 12.07.2010**(24)** 10.12.2010**(46)** 10.12.2010, Бюл.№ 23, 2010 р.**(72)** АНТИПОВ МИКОЛА ВАСИЛЬОВИЧ, БЕРДНИКОВ МИХАЙЛО ОЛЕКСАНДРОВАИЧ, ЗАРИЦЬКИЙ ОЛЕКСАНДР БОГДАНОВИЧ, ХАЦКО ВОЛОДИМИР ВЛАСОВИЧ, ЖИЛЯЄВ РУСЛАН ОЛЕКСАНДРОВИЧ**(73)** ДОНЕЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМ. М. ГОРЬКОГО**(57)** Спосіб лікування варикоцеле шляхом доступу до яєчкової вени з подальшим накладенням судинного венозного анастомозу "кінець в кінець", який **відрізняється** тим, що судинний анастомоз накладають між дистальним відділом яєчкової вени і проксимальним відділом поверхневої огинальної вени клубової кістки або поверхневої надчеревної вени.

Корисна модель відноситься до медицини, а саме до хірургії:

Відомий спосіб лікування варикоцеле, взятий за прототип (1). За цим способом виконують доступ до яєчкової вени з подальшим накладенням судинного венозного анастомозу «кінець в кінець» між дистальним відділом яєчкової вени і проксимальним відділом глибокої огинальної вени клубової кістки.

Але цей спосіб має наступні недоліки: досить травматичний, оскільки передбачає розтин пахвинного каналу і відшарування широких м'язів живота до рівня внутрішнього кільця пахвинного каналу, послабляючи при цьому пахвинний проміжок, ігнорують необхідність зміцнення пахвинного проміжку для запобігання виникнення пахвинних гриж. Крім того, проксимальний відділ глибокої огинальної вени клубової кістки безпосередньо впадає у внутрішню клубову вену і створює небезпеку тромбозу в ділянці анастомозу, що може призвести до обтурації тромбом магістральної судини. А також, враховуючи паралельний хід вказаних судин, неминуче створюється перегин, що, за законами гідродинаміки, через турбулентний рух крові, забезпечить додаткову можливість тромбозу. Створення анастомозу з глибокою огинальною веною клубової кістки призводить до виключення цієї судини з кровотоку, що веде до втрати важливих анастомозів яєчкової вени із вказаною судиною і створює значний ризик як рецидиву варикоцеле, так і тромбозу.

В основу корисної моделі поставлено завдання вдосконалення способу лікування варикоцеле, в якому забезпечується зменшення травматичнос-

ті і запобігання тромбозу магістральних судин. Поставлене завдання вирішується тим, що в способі лікування варикоцеле, що включає доступ до яєчкової вени з подальшим накладенням судинного анастомозу, згідно з корисною моделлю судинний анастомоз накладається між дистальним відділом яєчкової вени і проксимальним відділом поверхневої огинальної вени клубової кістки або поверхневої надчеревної вени.

Спосіб здійснюють таким чином.

З метою забезпечення відтоку крові по v. testicularis за наявності її варикозного розширення виконують вертикальний доступ в області проекції зовнішнього кільця пахвинного каналу завдовжки до 3 см. При цьому на гумовий турнікет беруть сім'яний канатик, в якому зазвичай без зусиль вдається виділити v. testicularis. Діаметр v. testicularis, за умов її варикозного розширення складає не менше 5 мм, що дозволяє відрізати її від лімфатичних судин. Тому контрастування цих судин, до якого прибігають шляхом введення в паренхіму яєчка розчинів індигокарміну або синьки Еванса (2), є просто непотрібним. На дистальний кінець яєчкової вени накладають кровоспинний затискач типу «Бульдог», на 1 см проксимальніше якого накладають кровоспинний затискач Кохера, що призведе до травматизації nervi vasorum, які проходять в стінці судини; це спричинить рефлекторне розширення анастомозів вказаної судини і забезпечить додатковий відтік крові з неї. V. testicularis не звільняють від її фасціального футляра, оскільки сполучнотканинна оболонка забезпечить міцність судинного шва. Під виділену судину підкладають марлеву серветку. Над затискачем

(13) **U**  
(11) **55491**  
(19) **UA**

Кохера пересікають ножицями Купера вену і під затискачем перев'язують її проксимальний відділ хромованим кетгутом. Здійснюють контроль на гемостаз. У відроггах томпсонової пластинки нижче пупартової зв'язки здійснюють пошук адекватних *v. testicularis* за діаметром вен, що впадають в *v. saphena magna* поблизу *hiatus saphenus*. Оптимальними є поверхнева огинальна вена клубової кістки і поверхнева надчеревна вена. Зважаючи на варіабельність діаметрів цих судин у різних індивідумів, критерієм вибору між ними є максимальна відповідність діаметру *v. testicularis* в конкретному випадку. Вибирають ділянку судини для створення анастомозу шляхом зіставлення з виділеною ділянкою *v. testicularis*, фіксованою на затискачі типу «Бульдог» так, щоб після накладення судинного анастомозу вени знаходилися в натягнутому стані. З цією метою за допомогою гумового турнікета підтягують сім'яний канатик, щоб у момент накладення судинного шва ліквідувати натягнення і полегшити створення анастомозу. На проксимальну ділянку поверхневої огинальної вени клубової кістки або поверхневої надчеревної вени накладають кровоспинний затискач типу «Бульдог», вичікують час, поки судина розшириться до розмірів, відповідних розмірам *v. testicularis*; на дистальну ділянку виділеної судини накладають кровоспинний затискач Кохера. Ззовні від фасціального футляра вибраної судини надсікають томпсонову пластинку для полегшення накладення судинного шва. Фасціальний футляр вени, вибраної для створення анастомозу, зберігають для забезпечення міцності при накладенні судинного шва. Під затискачем Кохера проводять кетгутову лігатуру і затягують вузол. Під виділену судину підкладають марлеву серветку і за допомогою ножиць Купера пересікають вену над кровоспинним затискачем. Невелику кількість крові, що виділилася, осушують марлевою серветкою. Зіставляють кінці виділених судин. За допомогою атрауматичної голки 5/0 наклада-

ють судинний шов між *v. testicularis* і поверхневою огинальною веною клубової кістки або поверхневою надчеревною веною, після чого знімають затискачі «Бульдог» і здійснюють контроль на гемостаз. Знявши гумовий турнікет з сім'яного канатика, забезпечують натягнення судин в місці накладення анастомозу.

Приклад. Хворий П., 26 років, поступив в плановому порядку. Діагноз: варикозне розширення вен сім'яного канатика (варикоцеле) зліва. Виконано операцію, під час якої з метою усунення варикозного розширення *v. testicularis*, накладено судинний анастомоз типу «кінець в кінець» між *v. testicularis* і поверхневою огинальною веною клубової кістки за нашою методикою. У післяопераційному періоді набряку калитки не спостерігалося, яєчко не збільшувалося, больовий синдром не відзначався. В цілому, післяопераційний період протікав сприятливо. Хворого виписано в задовільному стані на 7-у добу. За описаною методикою прооперовано 6 хворих, післяопераційний період протікав без ускладнень.

Переваги. За пропонованим способом виконання операції значно зменшує її травматичність, оскільки не виконують розтин пахвинного каналу, не відшаровують широкі м'язи живота, що послабляло би пахвинний проміжок і створювало би можливість формування пахвинних гриж. В значній мірі знижено ризик тромбозу в ділянці анастомозу, оскільки використовувані судини прямують один відносно одного під гострим кутом, виключаючи можливість перегину, а напрям відтоку крові від *v. testicularis* в *v. saphena magna*, виключає небезпеку обтурації тромбом магістральних судин.

Джерела інформації:

1. Авторское свидетельство СССР № 839504, кл. А61В17/00, 1981.
2. Ерохин А. П. // Дет. хир. - 2001 - № 1. - С. 16-20.