

придатка или семявыносящего протока, врожденные аномалии полового тракта с нарушением целостности семявыносящих путей: двухстороннее недоразвитие, аплазия семявыносящих протоков, отсутствие связи семявыносящего протока с придатком, множественные аномалии в виде кист микроскопического размера и другие врожденные дефекты].

Особняком стоят ятрогенные операционные повреждения и перевязка семявыносящих протоков, встречающиеся чаще при пластике врожденных паховых грыж в раннем детском возрасте, при выполнении орхипексии, устранении водянки оболочек яичка или варикоцеле. Преднамеренная вазорезекция является методом хирургической стерилизации мужчин.

Ситуация усложняется разнообразием уровней обструкции семенных путей в пределах мошонки, которая встречается: на уровне головки, тела или хвоста придатка яичка; в семявыносящем протоке на уровне соединения его с хвостом придатка. а так же вне scotum: в паховом отделе, на уровне семенных пузырьков, в области семенного бугорка.

Современным хирургическим вмешательством, применяемым для восстановления проходимости семявыносящих путей при сегментарных обструкциях придатковой локализации является вазоэпидидимоанастомоз (вазоэпидидимостомия). В настоящее время предложено большое количество вариантов этой операции, отличающихся как по технике исполнения, так и по качеству сопоставления просветов анастомозируемых органов.

Современная классификация вазоэпидидимостомий систематизирует все многообразие предложенных анастомозов только по признаку «поперечное пересечение / продольное рассечение» анастомозируемых органов: «бок в бок», «конец в конец» или «конец в бок». Данная, описательная классификация анастомозов, позаимствована из хирургии широко-просветных трубчатых органов (кишечник, бронхиальное дерево, сосуды). Следует согласиться, что при анастомозировании перечисленных выше анатомически свободных, крупных, трубчатых, «хирургических» органов, представляющих собой тонкую стенку, ограничивающую просвет, имеющих примерно одинаковый диаметр соединяемых концов, данная классификация полностью характеризует суть анастомоза, независимо от качества применяемого шва. Но, в случае вазоэпидидимостомий, где речь идет об иных размерах и топографии соединяемых органов, а так же техники формирования анастомозов, данная классификация становится символически условной, поскольку не в состоянии отразить топографическую сущность всего многообразия этих операций.

Существующая классификация не учитывает топографо- анатомические противоречия и вытекающие из них технические особенности, имеющиеся при формировании столь специфического соустья - вазоэпидидимоанастомоза.

Тахими противоречиями в данном случае являются:

Во-первых: топографо-анатомическое своеобразие придаткового протока (носителя приносящего просвета), который не является свободным трубчатым органом, а замурован в интерстициальной ткани структурирующего его органа - придатка яичка. При этом. капсула последнего не является стенкой полового органа имеющего просвет (придаткового протока), в связи с чем, существующая терминология («конец» или «бок») не позволяет конкретизировать участвующий в анастомозе приносящий орган. Это вносит терминологическую путаницу и не позволяет отразить действительную суть операции.

Во вторых: разница в наружных диаметрах анастомозируемых органов, когда диаметр семявыносящего протока на порядок больше диаметра придаткового протока, но. при этом, размеры их внутренних просветов являются сопоставимыми.

В-третьих: микрохирургические размеры просветов анастомозируемых протоков.

Эти обстоятельства обуславливают особенность при формировании вазоэпидидимоанастомоза: возможность использования в качестве приносящего органа либо собственной стенки придаткового протока, выделенного из массива ткани придатка, либо капсулы самого придатка. Это создаёт особую анатомическую ситуацию, когда придатковый проток, участвующий в микрохирургическом соустье, может быть выделен как через боковое отверстие в капсуле придатка («бок придатка»), так и на торцевом срезе придатка яичка