

(«конец придатка»). При этом, доступ к собственному просвету придаткового протока так же может быть осуществлен либо через боковое микроотверстие в стенке расширенного перед местом обструкции придаткового протока («бок придаткового протока»), либо путём его поперечного пересечения («конец придаткового протока»).

В связи с изложенным выше, традиционное применение терминологии «конец» и названия вазопицидиоманастомозов, создаёт путаницу в понимании: «конец» или «бок» какого приносящего органа соединяется с «концом» или «боком» семявыносящего протока, а следовательно, не позволяет в полной мере отразить суть конкретной операции. В названиях анастомозов по типу «конец в конец» и «бок в бок» смысл техники понятен только для семявыносящего протока, тогда как «конец» или «бок» какого приносящего органа были использованы (придатковый проток или капсула придатка), остаётся неясным. Кроме того, существующая классификация не применяет термин «бок в конец», в связи с чем, теряется возможность отражения анатомической последовательности органов «приносящий-уносящий», «проксимальный-дистальный», что ещё более увеличивает путаницу в этой классификации.

Таким образом, существующая классификация, практически не отражает сущность формируемого анастомоза и не может в полном объёме систематизировать весь арсенал существующих техник этой операции, поскольку она: во-первых: не характеризует топографию приносящего органа (придатковый проток или капсула придатка) с которым соединяется семявыносящий проток (в отличие от «хирургических» органов, где все понятно). Во-вторых: не отражает основные характеристики данной реконструктивной операции: 1) технику выполнения операции: используется только прецизионная техника или требуется применение микрохирургической техники, 2) качество соединения просветов анастомозируемых органов: а) формируется ли между просветом придаткового протока и просветом семявыносящего протока «промежуточная полость», или б) соединение осуществляется непосредственно «просвет в просвет». В-третьих: не является функциональной применительно к выбору хирургической тактики.

Многие технологии вазопицидиоманастомозов, особенно требующие только прецизионной техники и формирующие анастомоз с капсулой придатка через образование промежуточной полости, являются устаревшими. Но, на наш взгляд, необходимо иметь классификацию, позволяющую с единых позиций систематизировать все имеющиеся варианты данной операции, для понимания применяемых при её выполнении подходов, характеризующих её эволюцию.

Что же должна отражать современная «хирургическая» классификация вазопицидиоманастомозов - характер соединения органов или их просветов, как полноценно описать суть и различия всех существующих на сегодняшний день вариантов этой операции?

На наш взгляд, современная классификация вазопицидистомий должна отражать 1 - тип соединения анастомозируемых органов, 2 - тип соединения их просветов. 3 - наличие или отсутствие промежуточной полости, 4 - технику исполнения операции.

При этом, терминология «конец» и «бок» имеющейся классификации - идеальны для отражения как характера соединения просветов органов, так и характера соединения самих органов.

Идеальная «формула» вазопицидиоманастомоза должна включать трёх этапное описание топографической последовательности органов - участников соустья и технику исполнения операции:

1 часть «формулы» характеризует приносящий отдел и указывает сначала а) место соустья на придатке («конец» пересечённого придатка или его «бок» - в месте рассеченной капсулы придатка), а затем, через запятую - б) способ доступа к просвету придаткового протока (торцевое пересечение «конец» или боковое рассечение «бок» стенки растянутого придаткового протока). Таким образом, здесь отражается последовательность: орган-просвет. 2 часть «формулы» характеризует наличие или отсутствие промежуточной полости между соединяемыми органами. Там, где сопоставление форми-