

## **Морфологические варианты формирования соустьев при выполнении микрохирургического инвагинационного вазоэпидидимоанастомоза (экспериментальное исследование)**

*Макушин Д. Г., Полуэктов В.Л., Конев В.П.*

ГОУ ВПО ОмГМА, кафедра факультетской хирургии с курсом урологии. ГУЗ ОО «Клинический Медико-Хирургический Центр МЗ Омской области», отделение урологии.  
г.Омск.

**Введение.** Микрохирургическое восстановление проходимости семявыносящих путей при обструктивном бесплодии придатковой локализации - актуальная проблема современной урологии и андрологии.

Цель. Морфологическое исследование препаратов инвагинационных вазоэпидидимоанастомозов для изучения 1) проходимости сформированных анастомозов, 2) особенностей строения анастомоза, 3) вариантов формирования соустья.

**Материалы и методы.** Разработан инвагинационный вазоэпидидимо-анастомоз (ВЭА) с использованием микрохирургической техники (Патент РФ на изобретение № 2195205 «Способ формирования вазэпидидимоанастомоза»). Сущность способа состоит в глубокой антеградной инвагинации приносящего отдела протока придатка в просвет семявыносящего протока, сохраняющего моторную функцию. Эффективность данного варианта ВЭА изучена в эксперименте на 21 кобеле. Морфологическое исследование препаратов 22 инвагинационных ВЭА фиксированных в 10° о растворе формалина. окрашенных гематоксилин-эозином проводилось через 6 месяцев после операции.

Морфологические критерии проходимости ВЭА:

1. - наличие семенной жидкости или клеток сперматогенного эпителия в просвете семявыносящего протока.

2. - наличие туши в просвете петель придаткового протока, прилежащих к участку анастомоза;

3. - наличие соустья между придатковым и семявыносящим протоками.

**Результаты.** 1. Проходимыми оказались 20 из 22 инвагинационных вазоэпидидимоанастомозов (92%) что сравнимо с ведущими показателями современной литературы.

2. Воспалительная облитерация просвета придаткового протока в исходе нагноения, явилась причиной непроходимости двух инвагинационных вазоэпидидимоанастомозов.

3. Формирование соустья происходит по типу первичного (в 18 из 22 анастомозов) и вторичного (в 2 из 22 анастомозов) заживления. При этом первичное заживление анастомоза происходит в двух вариантах: 1) на уровне слизистой оболочки семявыносящего протока с ишемическим некрозом и последующим отторжением инвагинированного участка протока придатка в просвет последнего с эвакуацией или лизисом 2) на инвагинированном придатковом протоке, сросшемся со стенкой семявыносящего протока в его просвете. Третий вариант формирования соустья происходит путём гнойного расплавления прилежащих к анастомозу петель придаткового протока, при заживлении анастомоза вторичным натяжением.

**Заключение.** Морфологическое исследование ВЭА в эксперименте представляет несомненный фундаментальный интерес для понимания механизмов приживления инвагината и формирования соустьев между протоками. Полученные результаты позволили внедрить данную технику инвагинационной вазоэпидидимостомии в клиническую практику с первым позитивным опытом в ранние сроки послеоперационного наблюдения.

**Синдром хронической тазовой боли у мужчин с генитальным герпесом**

*Медведева Н. Л.<sup>1)</sup>, Чекушин Р. Х.<sup>2)</sup>*