



Республика Таджикистан

(19) **TJ** (11) **697**
(51) **МПК А 61 В 17/00**

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ПАТЕНТНОЕ
ВЕДОМСТВО

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

1

2

(21) 1400871

(22) 14.07.2014

(46) Бюл. 107, 2015

(71) Ибодов Х.И.(ТJ); Асадов С.К.(ТJ);
Рофиев Р.Р.(ТJ).

(72) Ибодов Х.И.(ТJ); Асадов С.К.(ТJ);
Рофиев Р.Р.(ТJ).

(73) Ибодов Х.И.(ТJ); Асадов С.К.(ТJ);
Рофиев Р.Р.(ТJ).

(54) **СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕ-
НИЯ ЭПИСПАДИИ У ДЕТЕЙ.**

(56) 1. Детская урология: Руководство для вра-
чей/А.Г. Пугачев. - М.:ГЭОТАР-Медиа 2009.- 396-
403.

2. Очерки реконструктивной хирургии наруж-
ных половых органов у детей. /Н.Д.Ширяев., И.М.
Каганцов. Часть II. Сыктывкар 2012. С10-3.

3. Хирургия мочеиспускательного канала. –
Ростов н/Д: из-во «Феникс», 1998. С 110-121.

4. Патент RU 2429790

(57) Изобретение относится к области медицины,
в частности к детской урологии и андрологии, и
может быть использовано для лечения субтоталь-
ной и тотальной форм эписпадии у детей.

Операция осуществляется следующим обра-
зом: Двумя параллельными разрезами на дорсаль-
ной поверхности полового члена вдоль уретраль-
ной бороздки с окаймлением наружного отверстия
уретры выкраивается лоскут. Кожа полового члена
полностью отсепааровывается от обоих каверноз-

ных тел и рассекается. Из внутреннего слоя край-
ней плоти выкраивается лоскут для создания ди-
стальной части неоуретры и удлинения мочеиспус-
кательного канала. Выделяются и разделяются
кавернозные тела, рассекаются спайки, а также
отпрепаровывается уретральная полоска от обоих
кавернозных тел и рассекается в дистальной части,
тем самым ликвидируется искривление полового
члена. Выкроенный кожный лоскут крайней плоти
на питающей ножке перемещается на дорсальную
поверхность полового члена и подшивается на
образующийся дефект дистальной части уретры
для удлинения мочеиспускательного канала. Лос-
кут неоуретры тубуляризируется на полихлорви-
ниловом катетере соответственно диаметру урет-
ры. Неоуретра ушивается двухрядным швом расса-
сывающимся (polyglaktin, polyglycolik, vicril) 7/0 и
6/0 шовным материалом. Первый ряд стенки нео-
уретры ушивается непрерывными, без захвата
эпидермального слоя кожи, швами и второй ряд -
подкрепляющими узловыми швами. Неоуретра
погружается между кавернозными телами и пере-
мещается на вентральную поверхность полового
члена. Ушиваются кавернозные тела и произво-
дится пластика полового члена. Кожный дефект
дорсальной поверхности полового члена ликвиди-
руется двумя встречными кожными лоскутами.
Моча отводится путем наложения уретроцици-
стостома.

Изобретение относится к области медицины, в частности к детской урологии и андрологии, и может быть использовано для лечения субтотальной и тотальной форм эписпадии у детей.

На сегодняшний день известны многочисленные способы уретропластики при эписпадии у детей.

Способ *M. Mitchell* суть которого заключается в выполнении полной пенильной препаровки и создании новых анатомических взаимоотношений между уретрой и кавернозными телами. Используется как при экстротомии мочевого пузыря, так и при эписпадии. Осуществляется полная разборка полового члена которое приводит к нарушению коллатерального кровоснабжения на уровне дистального отдела головки. [1]

Уретропластика при эписпадии у детей способом Cantwell – Ransley, которая заключается в формировании уретры из продольного лоскута уретральной площадки и погружение её между кавернозными телами полового члена.

Недостатком является искривление полового члена в сторону дорсальной поверхности после операции и высокий процент осложнений (75%). Во первых это связано с технической погрешностью оперативного вмешательства, во-вторых, с короткой уретральной площадкой, которая не дает до конца выпрямить половой член, хотя кожа полового члена, белочная оболочка и кавернозные тела были выделены. [2]

Операция Дюплея - Тирша, которая осуществляется пластикой стволовой и головчатой части мочеиспускательного канала местными тканями. Операция осуществляется следующим образом: овальным разрезом рассекают кожу над верхним краем расщепленного мочеиспускательного канала. Затем разрезы ведут по дорсальной поверхности полового члена на границе слизистой оболочки и кожи полового члена до головки. Операцию заканчивают наложением две связанные между собой дренажные трубки. [3].

Прототипом является «Способ хирургического лечения порока полового члена при эписпадии и экстротомии мочевого пузыря» Сущность которого состоит из того, что операцию начинают с циркулярного рассечения кожи полового члена по венечной борозде в проекции уретральной площадки по ее вентральной и боковым поверхностям, выкраивают лоскут, окаймляя наружное отверстие уретры у основания полового члена, продолжая разрезы на головке до ее вершины, на которой выполняют продольное рассечение ткани в области предполагаемого формирования меатуса, ткань головки сшивают в поперечном направлении внутренними вворачивающими швами, на следующем этапе устраняют деформацию кавернозных тел, для чего их выделяют от уретральной площадки на дорсальной поверхности, освобождают на всем протяжении от основания вплоть до вершины без отделения от головки, иссекают соединительнотканые рубцы, из кожи внутреннего листка препуциального мешка выкраивают четыре свободных

лоскута кожи размерами от 10×10 мм или 15×15 мм в зависимости от возраста пациента, на дорсальной поверхности обоих кавернозных тел в верхней и средней трети выполняют последовательно по два Н-образных разреза белочной оболочки, увеличивая таким образом длину его дорсальной части, в области разреза мобилизуют края белочной оболочки, преобразуя таким образом Н-образные разрезы в квадратные, свободные лоскуты кожи очищают от эпителия, перемещают в зону дефекта рассеченной белочной оболочки и фиксируют к ее краям непрерывным обвивным швом в виде четырех аутодермальных вставок, лоскут кожи на дорсальной поверхности полового члена формируют в трубку на уретральном катетере, установленном в мочевой пузырь, созданную неоуретру опускают вниз между разделенными кавернозными телами, которые затем сшивают над неоуретрой узловыми швами, рану на стволе послойно ушивают вворачивающими швами. [4]

Недостатком предложенных способов является - нефизиологическая расположенность уретры и ее неоткорректированное укорочение, не полностью устраняется искривление полового члена и отсутствием косметического аспекта.

Цель изобретения является улучшением результата хирургического лечения эписпадии у детей с одновременным удлинением мочеиспускательного канала а также исключения повреждения сосудисто-нервного пучка.

Операция осуществляется следующим образом: Двумя параллельными разрезами на дорсальной поверхности полового члена вдоль уретральной бороздки с окаймлением наружного отверстия уретры выкраивается лоскут (Фиг. 1, Фиг. 2.). Кожа полового члена полностью отсепаровывается от обоих кавернозных тел и рассекается. Из внутреннего слоя крайней плоти выкраивается лоскут для создания дистальной части неоуретры и удлинения мочеиспускательного канала (Фиг. 3). Выделяются и разделяются кавернозные тела, рассекаются спайки, а также отпрепаровывается уретральная полоска от обоих кавернозных тел и рассекается в дистальной части, тем самым ликвидируется искривление полового члена (Фиг. 4). Выкраенный кожный лоскут крайней плоти на питающей ножке перемещается на дорсальную поверхность полового члена и подшивается на образующийся дефект дистальной части уретры для удлинения мочеиспускательного канала (Фиг. 5). Лоскут неоуретры тубуляризируется на полихлорвиниловом катетере соответственно диаметру уретры. Неоуретра ушивается двухрядным швом рассасывающимся (polyglaktin, polyglycolik, vicril) 7/0 и 6/0 шовным материалом. Первый ряд стенки неоуретры ушивается непрерывными, без захвата эпидермального слоя кожи, швами и второй ряд - подкрепляющими узловыми швами (Фиг. 6). Неоуретра погружается между кавернозными телами и перемещается на вентральную поверхность полового члена (Фиг. 7). Ушиваются кавернозные тела и производится пластика полового члена (Фиг. 8).

Кожный дефект дорсальной поверхности полового члена ликвидируется двумя встречными кожными лоскутами (Фиг. 9). Моча отводится путем наложения уретроэпицистостома (Фиг. 10).

Таким образом, пластика и удлинение уретры данным способом с применением микрохирургической техники и одномоментной реконструкцией шейки мочевого пузыря, комплексным послеоперационным лечением, позволяет надежно устранить искривление полового члена и увеличить мочеиспускательный канал (на 1-2,5см), при этом вне эрекции головка полового члена смотрит вниз. Кроме этого, технология проведения данной операции значительно проще, т.к. исключаются дополнительные сложные оперативные вмешательства.

Клинические показания. По предложенному способу уретропластики при субтотальной и тотальной форме эписпадии прооперированы 18 детей, при этом, в ближайшем послеоперационном периоде осложнения наблюдались у 2 (11,1%) пациентов, недержание мочи у одного и у второго - свищ уретры. Этим детям повторно проведена операция, свищ устранен, а по поводу недержания мочи проведена сфинктеропластика по Державину.

Изучены отдаленные результаты лечения у 22 пациентов в сроки от 6 мес. до 5 лет. При выполнении операции Cantwell – Ransey в модификации достигнуты хорошие результаты у 14 (77,8%), удовлетворительные у 3 (16,6%) больных, а неудовлетворительные - у 1 (5,5%) пациента в виде кожно-уретрального свища. Результаты оперативного лечения эписпадии у детей оценивались по функциональным показателям, по качеству мочеиспус-

кания, полноценному опорожнению мочевого пузыря, отсутствию разбрызгивания струи мочи, а также по косметическому состоянию полового члена.

Методику «Способ хирургического лечения эписпадии у детей» можно рекомендовать к применению специальными детскими хирургическими учреждениями для коррекции эписпадии у мальчиков.

Клинический пример. Больной М. М. – 3 года, (история болезни №1759), поступил в клинику 19.09.2008г. Диагноз: Эписпадия, тотальная форма, недержание мочи.

При осмотре: половой член недоразвит, подтянут к животу, передняя стенка уретры отсутствует. Кожа крайней плоти в виде избытка находится на вентральной поверхности. Со стороны анализов крови, мочи и УЗИ органов МВС – изменения воспалительного характера, которые консервативно устранены до операции. Больному произведена операция – уретропластика с удлинением мочеиспускательного канала по предложенной методике и сфинктеропластика по Державину. Послеоперационный период протекал гладко. Швы сняты на 8-е сутки, заживление - первичным натяжением. Уретроэпицистостома удалена на 8-10-е сутки. В послеоперационном периоде больной полностью сухой.

Наружное отверстие уретры расположено на обычном естественном месте. Мочится свободно, струя мочи хорошая. Осмотрен через 6 месяцев, половой член без деформации, увеличен на 1,7 см, недержания мочи нет. Уретрограмма без особых изменений. Результат оценен как хороший.

Формула изобретения

Способ хирургического лечения эписпадии у детей состоящий из вкрыванием лоскута с окаймлением наружного отверстия уретры полностью отсепаровыванием от обоих кавернозных тел и рассечением кожи полового члена, выделением и разделением кавернозных тел, рассечением спайки, ликвидации искривления полового члена, тубуляризации лоскута неоуретры на полихлорвиниловом катетере соответственно диаметру уретры и отведении мочи **отличающееся тем что** кожа полового члена полностью отсепаровывается от обоих кавернозных тел и рассекается, из внутреннего слоя крайней плоти выкраивается лоскут для создания дистальной части неоуретры и удлинения мочеис-

пускательного канала, и на питающей ножке перемещается на дорсальную поверхность полового члена и подшивается на образующийся дефект дистальной части уретры для удлинения мочеиспускательного канала, неоуретра ушивается двухрядным швом рассасывающимся (polyglaktin, polyglycolik, vicril) 7/0 и 6/0 шовным материалом, первый ряд без захвата эпидермального слоя кожи, а второй ряд - подкрепляющими узловыми швами, также кожный дефект дорсальной поверхности полового члена ликвидируется двумя встречными кожными лоскутами, моча отводится путем наложения уретроэпицистостома.

Компьютерный набор: Фатхуллаева М.С.

Заказ

Тираж

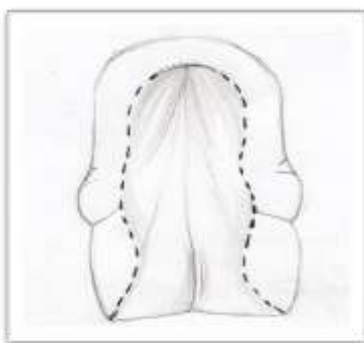
Подписное

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

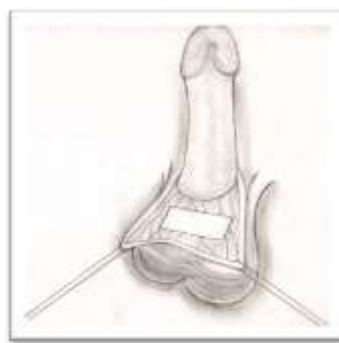
Способ хирургического лечения эписпадии у детей



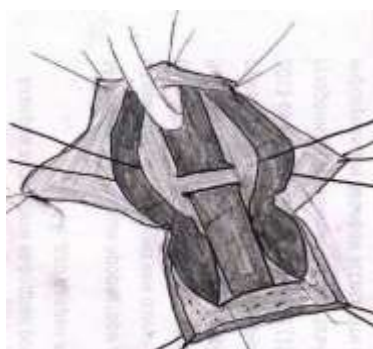
Фиг.1



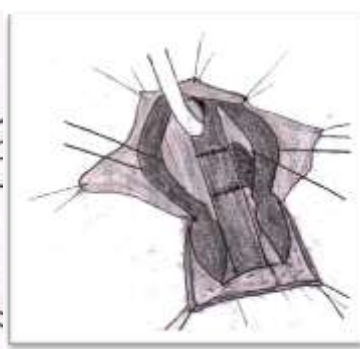
Фиг.2



Фиг. 3.



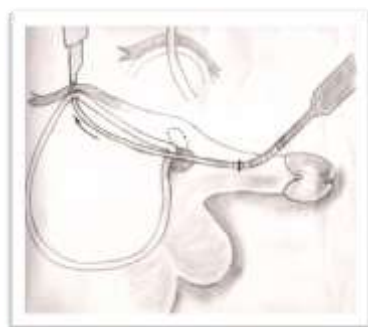
Фиг. 7



Фиг. 8



Фиг.9



Фиг. 10