



ГОСУДАРСТВЕННОЕ ПАТЕНТНОЕ
ВЕДОМСТВО

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

1

(21) 2401939

(22) 14.03.2024

(46) Бюл. 209, 2024

(71)(72)(73) Ходжамуродов Г.М. (ТJ);
Ризоев Х.Х. (ТJ); Исмоилов М.М. (ТJ);
Зиёзода С.С. (ТJ); Шарипова М.Б. (ТJ);
Саидов М.С. (ТJ)

(54) **СПОСОБ КОМБИНИРОВАННОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ГЕНИТАЛЬНЫХ ЛОСКУТОВ ПРИ ОДНОЭТАПНОЙ ПЛАСТИКЕ ТЯЖЁЛЫХ ПРОКСИМАЛЬНЫХ ФОРМ ГИПОСПАДИИ**

(56) 1. Суходольский А.А. Результаты двухэтапной хирургической коррекции гипоспадии с использованием свободного кожного лоскута крайней плоти / А.А. Суходольский, С.Н. Зоркий, А.В. Апакина // Детская хирургия. - 2011. - Т. 4. - С. 36-39;

2. Факторы, определяющие механические свойства уретры после проведения уретропластики на модели гипоспадии / А.С. Марченко [и др.] // Детская хирургия. - 2013. - №2. - С.32-36;

3. Эсембаев Б.И. Лечение послеоперационных осложнений гипоспадии у детей / Б.И. Эсембаев // Наука, техника и образование - 2016. - № 8 (26). - 2016. - Т. 2, № 1.-99 с.;

4. Effect of preoperative hormonal stimulation on postoperative complication rates after proximal hypospadias repair: a systematic review / I. Wright [et al.] // The Journal of urology. - 2013. - Т. 190, Vol. 2. - P. 652-660;

5. Hypospadias repair at a tertiary care center: long-term followup is mandatory to determine the real complication rate / A. F. Spinoit [et al.] // The Journal of urology. - 2013. -Т. 189, Vol. 6. - P. 2276-2281;

6. Introducing the HOPE (Hypospadias Objective Penile Evaluation)-score: a validation study of an objec-

2

tive scoring system for evaluating cosmetic appearance in hypospadias patients / F. van der Toorn [et al.] // Journal of pediatric urology. - 2013.-Т. 9, Vol. 6.-P. 1006-1016.

(57) Изобретение относится к медицине, а именно к хирургическому лечению промежностной формы гипоспадии.

Сущность изобретения. Процедура проводится в стационарных условиях, при соблюдении стерильности. В дооперационном периоде проводится обработка операционного поля (удаление волос, гигиенические мероприятия). Операция проводится под общим эндотрахеальным обезболиванием. Положение пациента лёжа на спине. Предварительно в полость уретры вводится мочевого катетер Фоле №14. Проводится начертание схемы будущего разреза. Разрез начинается от отверстия уретры, вплоть до головки полового члена. Операция проводится в один этап, с укрытием части дефекта мошоночным лоскутом, а оставшейся части — тканями препуции. Вырезанные ткани поднимаются по краям, из них в дальнейшем формируется уретра, вокруг катетера, с наложением непрерывного внутрикожного шва, не рассасывающейся нитью PDS 6,0. С целью устранения дефекта, образовавшегося после выпрямления полового члена, проводится его замещение с использованием тканей крайней плоти. Проводится создание дистальной части неоуретры, с наложением анастомоза между проксимальной и дистальной частями, с использованием нити PDS 6,0. Края раны подшивают викриловой нитью 5,0 узловыми швами. По окончании процедуры на поверхность раны накладывается влажная стерильная повязка. Обколонная поверхность остаётся открытой после проведения процедуры.

Изобретение относится к медицине, а именно к хирургическому лечению промежностной формы гипоспадии.

Из уровня техники известны способы одно-этапной операции с применением тканей мошонки и двухэтапные операции с применением тканей препуции.

Использование тканей мошонки для создания неоуретры при промежностных формах гипоспадии было широко распространено и является довольно эффективной методикой для укрытия больших дефектов. Однако сохранение волосяных луковиц и последующее прорастание волос в полость уретры приводит к их кристаллизации, и закупорки просвета. Всё это требует проведения повторного хирургического лечения.

Использование тканей препуции в двухэтапных операциях обусловлено невозможностью одновременного укрытия дефекта при проксимальной форме, когда необходимо создание неоуретры повышенной длины. Однако, даже не учитывая финансовую и временную неэффективность данной методики, функциональные результаты от проведения данной операции часто неудовлетворительны, развивается краевой некроз и отторжение пересаженных тканей [1,2].

Прототипом может служить двухэтапная хирургическая коррекция гипоспадии с использованием несвободного мошоночного лоскута по Ландереру, при котором коррекция выполняется в следующей последовательности [1,3]. Первый этап операции проводится пациентам в возрасте от 8 месяцев до 2,5 года. Процедура выполняется в условиях стационара, при соблюдении стерильности. До операции выполняется обработка операционного поля (удаление волос, гигиенические мероприятия). Вмешательство выполняется под общим эндотрахеальным наркозом. Пациент находится в положении лёжа на спине. Предварительно в полость уретры вводится мочевого катетер Фоле № 14. Схема будущего разреза проводится по нижней поверхности полового члена, от венечной борозды. Делаются два параллельных разреза на расстоянии 1,5 см друг от друга, с продолжением на поверхность мошонки по длине, соответствующей размеру разрезов на поверхности полового члена. Создаётся прямоугольный лоскут, с отверстием для неомеатуса в средней части. Половой член приближают к передней поверхности мошонки и сшивают узловыми швами вначале внутренние, а затем наружные края ран формируют кожную трубку, являющуюся продолжением естественного мочеиспускательного канала. На втором этапе, через 4-5 недель после первой операции, половой член высвобождают из мошонки. Тканями препуции укрывают дефект, образовавшийся после выпрямления полового члена. Края раны подшивают викриловой нитью 5,0 узловыми швами. По окончании процедуры на поверхность раны накладывается влажная стерильная повязка. Дренаж мочевого пузыря в послеоперационном периоде составляло 10-12 суток [4,5].

Что касается недостатков способа, следует отметить высокий риск прорастания волос в полость уретры с образованием камней и полной закупорки

прохода, а также временные и финансовые расходы на двухэтапную операцию [6].

Цель изобретения заключается в разработке комбинированного способа устранения дефекта уретры у больных с проксимальными формами гипоспадии.

Сущность изобретения. Процедура проводится в стационарных условиях, при соблюдении стерильности. В послеоперационном периоде проводится обработка операционного поля (удаление волос, гигиенические мероприятия). Операция проводится под общим эндотрахеальным обезболиванием. Положение пациента лёжа на спине. Предварительно в полость уретры вводится мочевого катетер Фоле №14. Проводится начертание схемы будущего разреза. Разрез начинается от отверстия уретры, вплоть до головки полового члена. Операция проводится в один этап, с укрытием части дефекта мошоночным лоскутом, а оставшейся части - тканями препуции. Вырезанные ткани приподнимаются по краям, из них в дальнейшем формируется уретра, вокруг катетера, с наложением непрерывного внутрикожного шва, не рассасывающейся нитью PDS 6.0. С целью устранения дефекта, образовавшегося после выпрямления полового члена, проводится его замещение с использованием тканей крайней плоти. Проводится создание дистальной части неоуретры, с наложением анастомоза между проксимальной и дистальной частями, с использованием нити PDS 6,0. Края раны подшивают викриловой нитью 5,0 узловыми швами. По окончании процедуры на поверхность раны накладывается влажная стерильная повязка. Обколонная поверхность остаётся открытой после проведения процедуры.

Заявляемый способ поясняется прилагаемыми иллюстрациями: Фиг. 1 - состояние уретры до операции, Фиг.2 - схема разреза кожи для формирования уретры, Фиг.3 и 4 - дефект кожи после формирования неоуретры, Фиг. 5 - подготовка пахового лоскута на сосудистой ножке, Фиг.6 - укрытие дефекта паховым лоскутом.

Клинический пример.

Больной С.Т. 1998 г.р. по поводу искривления полового члена и наличия патологического отверстия в области мошонки. Больной жаловался на невозможность мочеиспускания в положении стоя, неопускания яичка в мошонку с правой стороны, а также на частое жжение в области мочеиспускательного отверстия. По словам пациента дефект является врождённым. Хирургического вмешательства по поводу гипоспадии ранее не проводилось.

После совместного осмотра специалистом-урологом, был поставлен диагноз: гипоспадия, мошоночная форма, правосторонний крипторхизм.

После предварительного введения в полость уретры мочевого катетера Фоле №14 и наложения схемы, ткани вокруг патологического устья уретры были рассечены вокруг него, и вверх, вплоть до головки полового члена. Вырезанные ткани были приподняты по краям, из них в дальнейшем была сформирована неоуретра, вокруг катетера, с наложением непрерывного внутрикожного шва, не рассасывающейся нитью PDS 6.0. При проверке в области со-

здания неоуретры натяжение отсутствовало. Неоуретра в области устья была немного расширена скальпелем. Была выполнена хордотомия, с целью устранения сопутствующего искривления полового члена. С целью устранения образовавшегося дефекта было выполнено замещение с применением тканей крайней плоти. Было выполнено создание дистальной части неоуретры, с наложением анастомоза между проксимальной и дистальной частями, с использованием нити PDS 6,0. Края раны подшивались викриловой нитью 5,0 узловыми швами. По окончании процедуры на поверхность раны была наложена

влажная стерильная повязка. В первые сутки после проведения операции кровотечения и других осложнений не отмечалось. Катетер был выведен на 6 сутки после проведения операции. Данные урофлуометрии показали значительное улучшение уродинамики у данного пациента. Развития свищей и других осложнений не отмечалось.

Таким образом, предлагаемый способ комбинированного использования генитальных лоскутов при одноэтапной пластике тяжёлых проксимальных форм гипоспадии показал себя эффективным и безопасным.

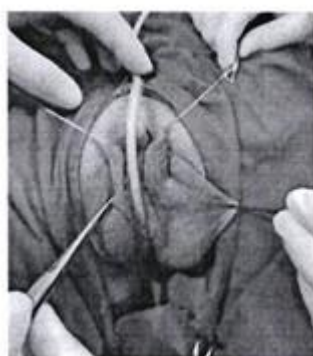
Формула изобретения

Способ комбинированного использования генитальных лоскутов при пластике тяжёлых проксимальных форм гипоспадии заключающееся в пооперационной обработке операционного поля (удаление волос, гигиенические мероприятия), проведения общего эндотрахеального обезболивания, предварительного введения катетера Фоле №14 в полость уретры, начертанием схемы будущего разреза, где начинается от отверстия уретры, вплоть до головки полового члена **отличающееся тем, что** операцию проводит в один этап, с укрытием части дефекта мошоночным лоскутом, а оставшейся части - тканями препуции, где вырезанные ткани приподнимают по

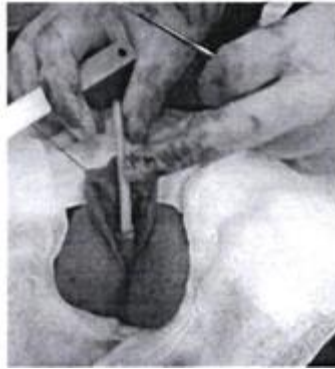
краям для формирования уретры, вокруг катетера, с наложением непрерывного внутрикожного шва, не рассасывающейся нитью PDS 6,0, причем для устранения дефекта, образовавшегося после выпрямления полового члена, проводят его замещением с использованием тканей крайней плоти, далее создают дистальную части неоуретры наложением анастомоза между проксимальной и дистальной частями с использованием нити PDS 6,0, края раны подшивают викриловой нитью 5,0 узловыми швами, по окончании процедуры на поверхность раны накладывают влажную стерильную повязку а обколонную поверхность оставляют открытой.



Фиг. 1



Фиг.2



Фиг.3



Фиг.4



Фиг.5



Фиг.6

Компьютерный набор: Ризоева С.Р.