



Республика Таджикистан

(19) **TJ** (11) **628**

(51) **МПК(2013)**  
**A 61 B 17/00**

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ПАТЕНТНОЕ  
ВЕДОМСТВО

# (12) **Описание изобретения**

## К МАЛОМУ ПАТЕНТУ

1

(21) 1300807

(22) 18.09.2013

(46) Бюл.98, 2014

(71) Ходжамуродов Г.М.(TJ);Исмоилов М.М.  
(TJ); Саидов М.С.(TJ);Ходжамуродов А.М.(TJ).

(72) Ходжамуродов Г.М.(TJ);Исмоилов М.М.  
(TJ); Саидов М.С.(TJ);Ходжамуродов А.М.(TJ).

(73) Ходжамуродов Г.М.(TJ);Исмоилов М.М.  
(TJ); Саидов М.С.(TJ);Ходжамуродов А.М.(TJ).

(54) **СПОСОБ РЕКОНСТРУКЦИИ ТОТАЛЬНОГО И СУБТОТАЛЬНОГО ДЕФЕКТА УРЕТРЫ ПРИ ГИПОСПАДИИ**

(56) 1. Абдуллаев И.А., Адамян Р.Т., Гагарина С.В. Пригодность свободного кожного лучевого васкуляризованного лоскута для заместительной уретропластики // Андрол. и генитал. хир.- 2000.- № 2.-с. 43-48

2. Сидоров Д.В. Современные методы лечения головчатой гипоспадии и стриктур ладьевидной ямки уретры // Автореф. дисс.канд.мед.наук.- г. Москва.- 2006.

3. Latifoglu O., Yavuzer R., Unal S. et al. Surgical treatment of urethral fistulas following hypospadias repair // Ann. Plast. Surg.- 2000.- 44.- (4).-р. 381-386

4. Van der Werff J. F., Van der Meulen J. C. Treatment modalities for hypospadias cripples. //Plast. Reconstr. Surg.- 2000.- 105.- (2).-р. 600-608

5. Щеплев П.А., Нестеров С.Н., Кухаркин С.А. Преимущества использования пенильных васкуляризи-

2

рованных лоскутов для заместительной уретропластики // Андрол. и генитал. хир.- 2000.- №1.-с. 93

6. Абдуфатоев Т.А., Асадов С.К., Способ уретропластики при проксимальной форме гипоспадии. Малый патент № TJ 306. Бюл.57(1), 2010

7. Абдуфатоев Т.А., Асадов С.К., Способ отведения мочи и санации мочевого пузыря и неоуретры при уретропластики у детей с гипоспадией. Малый патент № TJ 306. Бюл.57(1), 2010

(57) Изобретение относится к медицине, а именно к реконструктивно-пластической хирургии и урологии, применяется при тотальных и субтотальных дефектах мочеиспускательного канала врожденной (различные формы гипоспадии) и травматической этиологии.

Суть способа заключается в формировании уретры за счет собственной кожи волярной части полового члена, выкраиваемого в соответствии с длиной дефекта и шириной несколько превышающей периметр наружного мочеиспускательного канала. Образовавшийся дефект покровных тканей полового члена укрывается за счет несвободного пахового лоскута с осевым кровоснабжением. Участок кожного мостика от ножки лоскута до границы кожного дефекта полового члена деэпителизуется и затем выкроенный лоскут проводится в подкожном туннеле и выводится в основную рану. При помощи выкроенного лоскута дефект покровных тканей укрывается наложением послойных швов.

Изобретение относится к медицине, к урологии, реконструктивно-пластической и восстановительной хирургии, а именно к хирургическому лечению промежностной гипоспадии и может быть использовано при оперативном лечении стволовой формы гипоспадии.

Известны способы одноэтапное, двухэтапное и многоэтапное устранение головчатой, венечной и стволовой формы гипоспадии. Как известно при сложной промежностной гипоспадии, после формирования неоуретры возникает проблема укрытия дефекта кожи донорской зоны. Для замещения этих дефектов предложены различные пластические способы устранения, выполняемых в один или несколько этапов. Нередко встречаются пациенты, оперированные 4 и более раз, но без удовлетворительного функционального и косметического эффекта [1-4]. Многоэтапные операции под общим наркозом не только несут дополнительный вред здоровью, но и приводят к утрате пластического материала – кожи крайней плоти, которая важна для создания, как мочеиспускательного канала, так и укрытия дефекта покровных тканей.

Существующие методы одноэтапных операций по устранению промежностной гипоспадии путем формирования уретры за счет кожи крайней плоти и укрытие раневого дефекта кожей мошонки и пениса также имеют существенные недостатки, в связи с развитием деформации полового члена или чрезмерным натяжением кожи пениса, что отрицательно влияет на заживление раны и эрекции.

В качестве прототипа выбран традиционный способ хирургического лечения гипоспадии. Этот способ заключается в радикальном иссечении эмбриональных тканей на нижней поверхности полового члена с отделением уретры от кавернозных тел. Реконструкция недостающей дистальной части уретры выполняется за счет местных тканей, как правило, волярной части полового члена. Образовавшийся дефект покровных тканей волярной части полового члена, который образовался в результате его использования для формирования дистальной части уретры укрываются за счет окружающих тканей путем применения различных видов местнопластических операций [5]. Однако, при промежностной форме гипоспадии после формирования уретры обширный дефект волярной части полового члена традиционными способами влечет за собой выполнение многоэтапных операций, проблемы донорской зоны, а конечный эстетический результат и дефицит тканей не всегда удовлетворяют запросы пациентов.

Главный недостаток одноэтапных вмешательств при сложных вариантах гипоспадии состоит в высоком риске послеоперационных

деформаций полового члена (искривлений) за счет укорочения созданной уретры, в результате нарушения кровообращения в перемещенных лоскутах кожи и повышенного рубцевания. От них нет спасения, и выходом является лишь повторная реконструкция.

Сложность хирургического лечения гипоспадии заключается как в достижении хорошей проходимости уретры, так и в формировании полового члена, имеющего нормальный внешний вид, а также в предотвращении возможных послеоперационных осложнений.

Цель изобретения заключается в разработке одноэтапного способа формирования неоуретры с укрытием дефекта кожи несвободным паховым лоскутом.

Поставленная цель достигается путем формирования уретры за счет кожи полового члена, с последующим укрытием образовавшегося дефекта кожи осевым паховым лоскутом при сложной тотальной (промежностной) гипоспадии.

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

Сущность изобретения. Суть способа заключается в одноэтапном формировании неоуретры с укрытием дефекта кожи паховым лоскутом на сосудистой ножке.

Под общим ЭТН после разметки линии разрезов и катетеризации мочевого пузыря катетером Фолей № 18. для формирования уретры начиная от устья мочеиспускательного канала в области промежности до головки полового члена длиной 12 см. и шириной 3,5 см. производится разрез кожи. Для мобильности кожного лоскута и формирования уретры вокруг катетера, лоскут от края разреза на 0,5 см. мобилизован. Начиная от промежностной части до головки полового члена, правая и левая края раны без натяжения сближены и герметично фиксированы двухрядными узловыми швами при помощи нити викрил 4/0. При этом формируется неоуретра вокруг катетера Фолея, начиная от устья мочеиспускательного канала промежностной части до головки полового члена. Ширина кожи рассчитывается таким образом, чтобы катетер после формирования неоуретры свободно мог перемещаться в дистальном и проксимальном направлениях. Общая длина сформированной неоуретры составила 14 см. После формирования уретры начиная от корня до головки полового члена образовался дефект кожи мягких тканей длиной 12 см.

и шириной 4 см. Проксимальная часть дефекта кожи частично ликвидирована при помощи сближения краев кожи. После частичной ликвидации дефекта оставшаяся часть дефекта составила 8х4см.

Для укрытия образовавшегося дефекта мягких тканей полового члена слева выкроен паховый лоскут размерами 18х5 см. на питающей ножки. Лоскут обработан т.е. кожа дистальной части лоскута длиной 8 см. сохранен для укрытия дефекта кожи и мягких тканей полового члена. Проксимальная часть лоскута длиной 10 см. с целью прохождения через туннель дезэпителизирована. Формирован туннель в левой паховой области в направлении полового члена. Подготовленный лоскут пропущен через подкожный туннель и уложен на дефект мягких тканей полового члена и фиксирован при помощи узловых швов нейлоном 3/0. Донорская зона ликвидирована при помощи сближения краев раны. Гемостаз по ходу операции. Кровообращение лоскута в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде компенсировано. По разработанному способу оперированы 2 больных с положительными результатами.

**КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР.** Больной Ш. 1988 г.р. ИБ № 369 поступил 19.08.2010 г. в клинику с промежностной формой гипоспадии.

При поступлении общее состояние больного удовлетворительное. Кожа и видимые слизистые оболочки обычной окраски. Грудная клетка симметрична, участвует в акте дыхания. При аускультации выслушивается везикулярное дыхание. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД на верхних конечностях 120/80 мм.рт.ст., пульс 74 уд. в 1 мин. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Физиологические отправления не нарушены.

**Местно:** При визуальном осмотре имеется искривление полового члена, левосторонний крипторхизм и отсутствие уретры от корня до головки полового члена. Правое яичко опущено в мошонку, обычных размеров. Устье мочеиспускательного канала расположено в промежностной части, длина и дефект уретры вне эрекции составляет более 10 см. Мочеиспускание свободное. Пальпаторно в стволовой части уретра отсутствует. При катетеризации мочевого пузыря катетер №18 свободно умещается. Стул регулярный.

**Клинический диагноз:** Врожденная промежностная гипоспадия. Деформация полового члена. Левосторонний врожденный крипторхизм

Под общим эндотрахеальным наркозом, 19.08.2010 г. произведена операция: Формирование неоуретры за счёт кожи стволовой части полового члена с укрытием дефекта мягких тканей осевым паховым лоскутом, согласно описанной выше методике.

В послеоперационном периоде рана зажила первичным натяжением, швы сняты на 8-й сутки после операции и больной выписан в удовлетворительном состоянии. Через 7 месяцев после операции состояние больного удовлетворительное, мочеиспускание и эрекция не нарушены.

Таким образом, предлагаемый способ операции позволяет выполнить несколько этапов операции в один этап. При этом сохраняется длина и объем полового члена, достигается полноценная эрекция, восстанавливаются функции мочеиспускания и семяизвержения.

Всего выполнено 2 операции, у обоих больных отмечены положительные результаты. Длительность операции составляет от 2-х до 3,5 часов.

## Формула изобретения

Способ реконструкции тотального и субтотального дефекта уретры при гипоспадии, включающий формированию уретры за счет кожи полового члена, **отличающийся тем, что** кожи волярной части полового члена выкраивают в соответствии с длиной дефекта и шириной несколько превышающей периметр наружного мочеиспускательного канала, укрывают образовавшийся дефект покровных тканей полового

члена за счет несвободного пахового лоскута с осевым кровоснабжением, участок кожного мостика от ножки лоскута до границы кожного дефекта полового члена дезэпителизуют и затем выкроенный лоскут проводят в подкожном туннеле и выводят в основную рану и при помощи выкроенного лоскута дефект покровных тканей укрывают наложением послойных швов.

Компьютерный набор: Фатхуллова М.С.

Заказ

Тираж

Подписное

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

## СПОСОБ РЕКОНСТРУКЦИИ ТОТАЛЬНОГО И СУБТОТАЛЬНОГО ДЕФЕКТА УРЕТРЫ ПРИ ГИПОСПАДИИ



**Фиг. 1** – до операции



**Фиг. 2** – схема разреза кожи для формирования уретры



**Фиг. 3** дефект кожи после формирования неоуретры, вид сбоку



**Фиг. 4.** Дефект кожи нижней поверхности полового члена, вся поверхность.



**Фиг. 5**– подготовка пахового лоскута на сосудистой ножки



**Фиг. 6**– укрытие дефекта паховым лоскутом