



УКРАЇНА

(19) UA (11) 49203 (13) U  
(51) МПК (2009)  
A61B 17/32

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ

## ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під  
відповідальність  
власника  
патенту

### (54) СПОСІБ РЕКОНСТРУКЦІЇ СТАТЕВОГО ЧЛЕНА

1

2

(21) u200910127

(22) 06.10.2009

(24) 26.04.2010

(46) 26.04.2010, Бюл.№ 8, 2010 р.

(72) ГАЛИЧ СЕРГІЙ ПЕТРОВИЧ, ОГОРОДНИК  
ЯРОСЛАВ ПЕТРОВИЧ, ДАБІЖА ОЛЕКСІЙ ЮРІ-  
ЙОВИЧ, НАЗАРЕНКО ІГОР ОЛЕКСАНДРОВИЧ

(73) ІНСТИТУТ ХІРУРГІЇ ТА ТРАНСПЛАНТОЛОГІЇ  
АМН УКРАЇНИ

(57) Спосіб реконструкції статевих членів, який  
включає формування неофалоса із променевого

клаття передпліччя та його пересадку у ділянку  
лонного зрощення, який **відрізняється** тим, що на  
першому етапі проводять імплантацію сітчастого  
алотрансплантата в жирову клітковину тканин до-  
норської ділянки передпліччя, а на другому з цих  
тканин виділяють преламінований променевий  
клатоть передпліччя, формують із нього неофалос  
та пересаджують його в ділянку лонного зрощен-  
ня.

Корисна модель відноситься до медицини, а  
саме до хірургії, і може бути використана при ліку-  
ванні хворих з наслідками травм, ампутацій стате-  
вого члена, мікропенією.

Відомий спосіб реконструкції статевих членів,  
що включає формування неофалоса із променево-  
го клаття передпліччя та його пересадку в ділянку  
лонного зрощення. [Опыт применения лучевого  
лоскута при фаллоуретропластике. Фесенко В.Н.,  
Михайленко В.В., Вавилов В.Н., Александров В.П.  
Андрология и генитальная хирургия № 4, 2004, ст.  
41-43].

Недоліками цього способу є більша кількість  
ускладнень у вигляді недостатньої ригідності нео-  
фалоса в післяопераційному періоді.

Задачею корисної моделі є розробка такого  
способу реконструкції статевих членів, який, за  
рахунок збільшення жорсткості променевого клат-  
тя імплантованим сітчастим трансплантатом, за-  
безпечував би зниження кількості ускладнень у  
вигляді недостатньої ригідності неофалоса в піс-  
ляопераційному періоді.

Поставлена задача вирішується тим, що в  
способі реконструкції статевих членів, який вклю-  
чає формування неофалоса із променевого клаття  
передпліччя та його пересадку в ділянку лонного  
зрощення, згідно корисної моделі, на першому  
етапі проводять імплантацію сітчастого алотранс-  
плантата в жирову клітковину тканин донорської  
ділянки передпліччя, а на другому з цих тканин  
виділяють преламінований променевий клатоть

передпліччя, формують із нього неофалос та пе-  
ресаджують його в ділянку лонного зрощення.

Використання преламінованого (з імплантова-  
ним попередньо сітчастим аллотрансплантатом)  
променевого клаття дозволяє зменшити кількість  
ускладнень, через те, що створює ригідність (жор-  
сткість) неофалоса в післяопераційному періоді за  
рахунок сформованого постійного жорсткого сітча-  
того каркасу.

Спосіб виконують наступним чином.

На першому етапі після розмітки меж донорсь-  
кої ділянки передпліччя (відповідно до меж майбу-  
тнього преламінованого променевого клаття) ви-  
конують імплантацію сітчастого аллотрансплантата  
в підшкірну клітковину передпліччя. Пошарово  
зашивають операційну рану. Через 2,5-3 місяці  
проводять мобілізацію преламінованого промене-  
вого клаття на проксимальній судинній ніжці в до-  
норській ділянці та формують з нього неофалос.  
Проводять підготовку реципієнтної ділянки, ділян-  
ка лонного зрощення, та пошук реципієнтних су-  
дин для накладання анастомозів. Відсікають нео-  
фалос на судинній ніжці та накладають судинні  
анастомози між судинами неофалоса та реципієн-  
тними судинами в ділянці лонного зрощення. Про-  
водять фіксацію тканин неофалоса в реципієнтній  
ділянці. Закривають дефект донорської ділянки  
передпліччя та накладають асептичні пов'язки.

Приклад. Хворий Ч., історія хвороби № 4020  
Клінічний діагноз: Посттравматичний дефект ста-  
тєвого члена.

(13) U  
(11) 49203  
(19) UA

Техніка операції. На першому етапі після доопераційного маркування судинної ніжки та меж майбутнього променевого клаптя провели обробку операційного поля. Доступом по периметру дистальної половини променевого клаптя відсепарували шкірно-жировий клапоть по всій площі майбутнього преламінованого променевого клаптя. У відсепарований «карман» помістили сітчатий трансплантат із штучного матеріалу Пролен, розмірами 17х15 см, в межах всього клаптя та фіксували його до глибокої фасції з країв одиночними вузловими швами ниткою Пролен 3-0. Провели пошарове зшивання операційної рани. Через 3 місяці (після проходження процесів неоваскуляризації в клапті) провели виділення клаптя на судинній ніжці з глибокою фасцією в донорській ділянці (на передпліччі) та сформували з нього неофалос. Провели розсічення шкіри реципієнтної ділянки, виділили місце лонного зрощення, провели пошук та мобілізацію реципієнтних судин (нижня глибока епігастральна артерія та вена). Відсікли судинну ніжку неофалоса, промили судини неофалоса, перемістили вільний трансплантат в реципієнтну ділянку (ділянка лонного зрощення) та провели накладання судинних анастомозів між судинами клаптя та реципієнтними судинами з використан-

ням ниток Пролен 8-0. Провели фіксацію глибокої фасції та проксимального краю сітчатого трансплантата неофалоса до глибокої фасції та окістя лонного зрощення, відповідно, та за допомогою ниток Пролен 3-0 та 4-0. Зшили шкіру неофалоса та реципієнтної ділянки за допомогою ниток Пролен 3-0 та 4-0. Дефект тканин донорської ділянки передпліччя закрили за допомогою синтетичної поліуританової тканини Suspur derm, яку фіксували по периметру дефекту тканин передпліччя нитками Пролен 3-0 та 4-0. Гемостаз забезпечували по ходу операції. Наклали асептичні пов'язки. Через 2 тижні дефект тканин донорської ділянки передпліччя закрили за допомогою повношарового шкірного аутоотрансплантата.

Запропонованим способом проліковано 3 хворих. У жодного з хворих не виявлено ускладнень у вигляді недостатньої ригідності неофалоса в післяопераційному періоді.

У той же час, у всіх 3 хворих, прооперованих за способом аналогом, були виявлені ускладнення, у вигляді недостатньої ригідності неофалоса в післяопераційному періоді.

Таким чином, використання запропонованого способу дозволяє зменшити кількість ускладнень.