



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **17480** (13) **U**  
(51) МПК (2006)  
A61B 17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ

## ОПИС

### ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під  
відповідальність  
власника  
патенту

#### (54) СПОСІБ КОРЕКЦІЇ СКРИВЛЕННЯ СТАТЕВОГО ЧЛЕНА

1

(21) u200604698

(22) 27.04.2006

(24) 15.09.2006

(46) 15.09.2006, Бюл. № 9, 2006 р.

(72) Лісовий Володимир Миколайович, Аркатов Андрій Валентинович, Панасовський Микола Леонідович

(73) ХАРКІВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

(57) Спосіб корекції скривлення статевого члена, що включає одиночний розслаблюючий розріз білкової оболонки та геометричні принципи формування, який **відрізняється** тим, що при дорсальних скривленнях виконують круговий розріз і оголюють статевий член, шляхом введення інтракавернозно фізіологічного розчину досягають ерекції, при необхідності пунктирують обидва кавернозних тіла, проводять дві тангенсальні лінії стосовно осі статевого члена, на проксимальному і прямому дистальному сегменті вверху в зоні скривлення ерегтованого статевого члена, із точки максимального скривлення, розташованої на перетинанні ліній, проводять кругову лінію по бісектрисі кута, сформованого цими лініями, у точці, у якій кругова лінія перетинає судинно-нервовий пучок

2

дорсально і уретру вентрально, відокремлюють утворення від білкової оболонки, кавернозні тіла виводять зі стану ерекції, виконують два парауретральних розрізи в точці, де кругова лінія перетинає уретру, для дисекції фасції Бака і судинно-нервового пучка від білкової оболонки по повній окружності статевого члена, знову викликають ерекцію і проводять кругову лінію на білковій оболонці, при цьому ширину дефекту визначають як відстань між двома круговими лініями перпендикулярно осі статевого члена, проведеної на прямому сегменті пеніса, довжину дефекту визначають як відстань між точками ліворуч і праворуч, що проходить по короткій стороні ерегтованого статевого члена, потім виконують розріз білкової оболонки прямокутної форми уздовж кругової лінії, виконують резекцію кальцинованої бляшки в області сформованого дефекту білкової оболонки і 5-міліметрову дисекцію між чотирма краями щодо сусідніх кавернозних тіл, дефект закривають ало-трансплантатом за розмірами на 2 мм довше і ширше дефекту, накладають вузлуватий шов поліглекапроном, фасцію Бака зашивають, установлюють неактивний дренаж на 48 год., видаляють крайню плоть.

Корисна модель відноситься до медицини, а саме до генітальної хірургії і може бути використаною для корекції скривлення статевого члена.

Скривлення статевого члена веде до зменшення його функціональної довжини. Можливості хірургії в даному випадку включають: укорочення більш довгої сторони статевого члена, що втім чи іншому ступені веде до його укорочення, чи подовження короткої сторони шляхом розсічення і заміщення дефекту яким-небудь трансплантатом. Таким чином, укорочення статевого члена може привести до його виправлення, але при цьому незадоволеності пацієнта довжиною пенісу.

При значному скривленні статевого члена застосовують операцію Nesbit. На 1-1,5 см проксимальніше вінцевої борозни циркулярно розсікають шкіру. По зовнішній вигнутій поверхні дуги статевого члена подовжньо розсікають і мобілізують

поверхневу фасцію. Розсікають і відокремлюють глибоку фасцію від кавернозних тіл. Відокремлюють кавернозні тіла статевого члена від спонгіозного тіла уретри. Білкову оболонку кавернозних тіл розсікають 4-6 поперечними розрізами довжиною до 1 см. Дефекти білкової оболонки, що утворилися при цьому, ушивають подовжніми швами, які не розсмоктуються [Сексологія і андрологія / Бойко Н.І., Борисенко Ю.А., Быстров А.А. і др. - К.: Абрис, 1997. - С.622.].

Операція по Lowsley-Boyce виконується в такий спосіб. Проводять серединний розріз по дорсальній поверхні статевого члена до фіброзної бляшки. Гострим і тупим способом бляшки відокремлюють від білкової оболонки кавернозних тіл. При цьому намагаються максимально зберегти судинно-нервові утворення. Вогнище індурації висікають. Дефекти глибокої фасції заповнюють

(13) **U**

(11) **17480**

(19) **UA**

жировим трансплантатом, що беруть з нижньої частини передньої черевної стінки. Для усунення дефектів білкової оболонки після видалення бляшок можуть використовуватися шкірний шматок з передньої черевної стінки, піхвова оболонка яєчка, широка фасція стегна й ін. [Сексологія і андрологія / Бойко Н.І., Борисенко Ю.А., Быстров А.А. і др. - К.: Абрис, 1997. - С.622.].

Відомий також спосіб корекції різних типів викривлення статевго члену, який базується на геометричних принципах [Egydio P.H., Lucson A.M., Sami Agar Метод Egydio: одиночний послаблюючий разрез белочной оболочки для коррекции различных типов искривлений статевого члена, базирующийся на геометрических принципах // Андрология и генитальная хирургия. - 2004. - №1-2. - С.49-55.]. Він включає виконання неповного кругового розрізу в білковій оболонці та бляшці, роздвоєного на кінцях. Стандартизована процедура дисекції судинно-нервового пучка шляхом виконання двох парауретральних розрізів в фасції Бака. Виконують пункцію одного чи двох кавернозних тіл, що є важливим для правильного використання геометричних принципів. Розріз інтракавернозної перегородки на обох сторонах поперечного розрізу короткої сторони білкової оболонки дозволяє адекватно подовжити коротку сторону пенісу. Розмір дефекту в оболонці може бути розрахований попередньо при повній ерекції з використанням геометричних принципів, які включають розмітку лініями та кутами, сформованими ними, наступних хірургічних розрізів.

Перевага способу полягає в тому, що використовують одиночний неповний круговий розріз з роздвоєнням на кінцях. Геометричні принципи використовують для визначення сторони розсікання білкової оболонки і бляшки.

Даний спосіб є найбільш близьким до того, що заявляється по технічній суті та результату, який може бути досягнутим, тому його обрано в якості прототипу.

В основу корисної моделі покладена задача розширення арсеналу методик корекції скривлень статевго члену.

Задачу, яку покладено в основу корисної моделі, вирішують тим, що у відомому способі корекції скривлення статевго члену, що включає одиночний розслаблюючий розріз білкової оболонки та геометричні принципи, згідно з корисною моделлю, при дорсальних скривленнях виконують круговий розріз і оголюють статевий член, шляхом введення інтракавернозно фізіологічного розчину досягають ерекцію, при необхідності пунктирують обидва кавернозних тіла, проводять дві тангенсальні лінії стосовно осі статевго члена, на проксимальному і прямому дистальному сегменті нагорі в області скривлення ерегтованого статевго члена, із точки максимального скривлення, розташованої на перетинанні ліній, проводять кругову лінію по бісектрисі кута, сформованого цими лініями, у точці, у якій кругова лінія перетинає судинно-нервовий пучок дорсально і уретру вентрально, відокремлюють утворення від білкової оболонки, кавернозні тіла виводять зі стану ерекції, виконують два парауретральних розрізи в точці, де кругова лінія перетинає уретру, для дисекції фасції

Бака і судинно-нервового пучка від білкової оболонки по повній окружності статевго члена, знову викликають ерекцію і проводять кругову лінію на білковій оболонці, при цьому ширину дефекту визначають як відстань між двома круговими лініями перпендикулярно осі статевго члена, проведеної на прямому сегменті пеніса, довжину дефекту визначають як відстань між точками ліворуч і праворуч, що проходить по короткій стороні ерегтованого статевго члена, потім роблять розріз білкової оболонки прямокутної форми уздовж кругової лінії, виконують резекцію кальцинованої бляшки в області сформованого дефекту білкової оболонки і 5-мм дисекцію між чотирма краями щодо сусідніх кавернозних тіл, пришивають трансплантат, індукують ерекцію, дефект закривають алотрансплантатом по розмірам на 2мм довше і ширше дефекту, накладають вузлуватий шов поліглекапроном, фасцію Бака зашивають, установлюють не активний дренаж на 48год., видаляють крайню плоть.

Спосіб виконують наступним чином.

Проводять круговий розріз і статевий член оголюють. Досягають ерекцію шляхом введення інтракавернозно фізіологічного розчину. При необхідності пунктують обидва кавернозних тіла. У випадках дорсального скривлення проводять дві тангенсальні лінії стосовно осі статевго члена, на проксимальному і прямому дистальному сегменті нагорі в області скривлення ерегтованого статевго члена. З точки максимального скривлення, розташованої на перетинанні ліній, проводять кругову лінію по бісектрисі кута, сформованого цими лініями. Точка, у якій кругова лінія перетинає судинно-нервовий пучок дорсально і уретру вентрально, визначає області, у яких утворення повинні бути відділені від білкової оболонки. Кавернозні тіла виводять зі стану ерекції. Виконують два парауретральні розрізи в точці, де кругова лінія перетинає уретру, для дисекції фасції Бака і судинно-нервового пучка від білкової оболонки по повній окружності статевго члена. Знову викликають ерекцію і проводять кругову лінію на білковій оболонці. Ширина дефекту дорівнює різниці між довгою і короткою сторонами статевго члена. Цей розмір виводять як відстань між двома круговими лініями перпендикулярно осі статевго члена, проведеної на прямому сегменті пеніса, тобто поза областю скривлення.

Довжина дефекту це відстань між точками ліворуч і праворуч, що проходять по короткій стороні ерегтованого статевго члена.

Коли визначене місце навколишнього розрізу, роблять розріз білкової оболонки прямокутної форми заздалегідь відомого розміру уздовж кругової лінії.

Проводять резекцію кальцинованої бляшки в області сформованого дефекту білкової оболонки. Для полегшення фіксації трансплантата проводять 5-мм дисекцію між чотирма краями щодо сусідніх кавернозних тіл. Пришивають трансплантат, і нова індукована ерекція демонструє повне випрямлення статевго члена.

Дефект закривають алотрансплантатом, яким служить ділянка широкої фасції стегна, по розмірах на 2мм довше і ширше дефекту, тому що частина матеріалу попадає в шов. Накладають вузлу-

ватий шов поліглекапроном 4.0.

Фасцію Бака зашивають. Встановлюють неактивний дренаж на 48 год. Видаляють крайню плоть.

На 6 місяців забороняють статеві стосунки.

Збільшення функціональної довжини статевого члена складало 1,5-2,1 см.

Повне виправлення статевого члена було відмічено у 90% пацієнтів. Залишкове скривлення (не більше 15°), яке не призводило до зменшення функціональних можливостей статевого члена було зафіксовано у 10%. Після операції ерекція у всіх пацієнтів залишалася на доопераційному рівні.

Ефективність способу ілюструє наступний приклад:

Приклад. Хворий Л. 53 роки. Надійшов в андрологічне відділення.

Скарги при надходженні: хрящоподібне ущільнення на дорзальній поверхні статевого члена, скривлення статевого члена при ерекції до верха, хворобливі ерекції, неможливість статевого акту.

З анамнезу: вважає себе хворим протягом 7 місяців, коли вперше з'явилися вище зазначені

скарги.

Об'єктивно: при пальпації в середній третині на дорзальній поверхні статевого члена визначається хрящоподібної щільності бляшка довжиною 2,5 см. Бляшка не зміщується, поширюється на міжкавернозну перегородку.

Обстежений: при аудіо-відео стимуляції визначається дорзальна девіація статевого члена, кут скривлення 45 градусів. При доплеровському дослідженні судинної патології не виявлено, визначена ділянка ущільнення білкової оболонки і міжкавернозної перегородки з вогнищами кальциноза середньої третини статевого члена. У клініко-біохімічних аналізах крові - без особливостей.

Виконана операція згідно способу, що заявляється. Дефект замщений власною, широкою фасцією стегна. Метод заснований на геометричних принципах і запобігає укороченню пенісу при його випрямленні.

Післяопераційне спостереження склало 7 місяців: ерекція збережена, рецидиву девіації не спостерігається.