



УКРАЇНА

(19) UA

(11) 5909

(13) U

(51) 7 A61B17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальністю
власника
патенту

(54) СПОСІБ ПЛАСТИКИ НЕОВАГІНИ У ТРАНССЕСУАЛІВ ЧОЛОВІЧО/ЖІНОЧОЇ ТРАНСФОРМАЦІЇ

1

2

(21) 20041008521

(22) 20 10 2004

(24) 15 03 2005

(46) 15 03 2005, Бюл. № 3, 2005 р.

(72) Мішалов Володимир Григорович, Храпач Василь Васильович, Балабан Олег Валерійович, Юрченко Денис Олександрович, Гонза Роман Володимирович, Булатова Юлія Ігорівна

(73) Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

(57) Спосіб пластики неовагні у трансесуалів чоловічो/жіночої трансформації, що передбачає

формування вільного клаптя на судинно-нервовій ніжці зі шкірно-спонгіозного футляра пенісу із збереженою голівкою, що вивертається у попередньо сформований в позаміхуровому клітковинному просторі канал, слугує стінкою неовагні та фіксується до оточуючих тканин притисканням шляхом тугої тампонади порожнини неовагні марлевими серветками, який відрізняється тим, що на зовнішній поверхні вивернутого шкірно-спонгіозного вільного клаптя на судинно-нервовій ніжці фіксують 3-4 клаптики проленової сітки діаметром 4 мм

Корисна модель стосується медицини, точніше хірургії і такого її розділу, як пластична хірургія, і призначена для покращання результатів хірургічного лікування трансесуалізму чоловічо/жіночої (Ч/Ж) трансформації і, зокрема, зменшення частоти ускладнень при цій групі оперативних втручань.

В останні 10 років в Україні спостерігається значне збільшення кількості виконуваних пластичних операцій, метою яких є корекція статі, зокрема при трансесуалізмі. Це спонукає до пошуку шляхів покращання результатів пластичних операцій і, особливо, при хірургічній корекції статевих органів, зокрема неовагінопластики. Аналіз існуючих способів оперативного втручання показує їхню недостатню ефективність, відносно високий рівень ускладнень, пов'язаних з небажаним випадінням неовагні.

Так, відомий спосіб пластики неовагні у трансесуалів Ч/Ж трансформації, який полягає у використанні методики так званої "пенальної інверсії" та пластики вагіни з комплексною інверсією пенальної та скротальної шкіри [1]. Недоліками цього способу є погана нервова чутливість внутрішніх стінок неовагні, що зменшує сексуальне задоволення від статевих актів, а також схильність стінок неовагні до випадання [2].

Найбільш близьким до способу, що заявляється, є спосіб неовагінопластики за методикою "пенальної інверсії", описаний М.О. Мілановим та Р.Т. Адамьяном [3]. Цей спосіб створення вагіни у трансесуалів Ч/Ж трансформації, полягає у

формуванні вільного клаптя на судинно-нервовій ніжці зі шкірно-спонгіозного футляру пенісу із збереженою голівкою, що вивертається у попередньо сформований в позаміхуровому клітковинному просторі канал, який слугує стінкою неовагні та фіксується до оточуючих тканин простим притисканням шляхом тугої тампонади порожнини неовагні марлевими серветками. Спосіб-прототип має наступні недоліки. При недостатньому зростанні стінок неовагні з оточуючими тканинами позаміхурового клітковинного простору можливе ускладнення - випадіння неовагні, що спостерігається у 20% випадків використання даного способу.

Задача, яка вирішується способом, що заявляється, полягає у вдосконаленні неовагінопластики за рахунок більш надійної фіксації сформованої з пенальної футляру неовагні у позаміхуровому клітковинному просторі за рахунок стимуляції росту сполучної тканини у створених місцях фіксації її стінок.

Технічний результат, що досягається, буде полягати у значному зменшенні частоти ускладнень, що виникають при формуванні неовагні у трансесуалів Ч/Ж трансформації.

Поставлена задача вирішується тим, що у відомому способі пластики неовагні у трансесуалів Ч/Ж трансформації, що передбачає формування вільного клаптя на судинно-нервовій ніжці зі шкірно-спонгіозного футляру пенісу із збереженою голівкою, що вивертається у попередньо сформо-

(13) U

(11) 5909

(19) UA

ваний в позаміхуровому клітковинному просторі канал і слугує стінкою неовагіни та фіксується до оточуючих тканин простим притисканням шляхом тугої тампонади порожнини неовагіни марлевими серветками, згідно корисної моделі, на зовнішній поверхні вивернутого шкірно-спонгиозного вільного клаптя на судинно-нервовій ніжці фіксують 3-4 клаптики проленової сітки діаметром 4 мм

Відмінною особливістю способу, що заявляється, є додаткова фіксація клаптиків проленової сітки діаметром 4 мм на зовнішній поверхні вивернутого шкірно-спонгиозного вільного клаптя на судинно-нервовій ніжці перед його розташуванням у попередньо сформованому в позаміхуровому клітковинному просторі каналі. Завдяки цьому забезпечується більш надійна фіксація стінок шкірно-спонгиозного пенісного вільного клаптя на судинно-нервовій ніжці до оточуючих тканин позаміхурового клітковинного простору (за рахунок додаткового розростання сполучної тканини), чим попереджується небажане випадіння неовагіни в післяопераційному періоді. За доступними літературними даними такий спосіб пластики неовагіни у транссексуалів Ч/Ж трансформації невідомий.

Сутність корисної моделі ілюструється схематичними малюнками, на яких представлені різні етапи пластики неовагіни.

На Фіг 1 - Видалення яєчок та кавернозних тіл, формування шкірно-спонгиозного вільного клаптя на судинно-нервовій ніжці, мобілізація всієї губчастості частини уретри.

На Фіг 2 - Формування в позаміхуровому клітковинному просторі (*spatium retrovesicale*) порожнини для розміщення неовагіни.

На Фіг 3 - Вивертання шкірно-спонгиозного вільного клаптя, фіксація на зовнішній поверхні стінки неовагіни 3-4 шматочків проленової сітки розміром діаметром 4 мм, переміщення (за стрілкою) шкірно-спонгиозного вільного клаптя всередину сформованої у позаміхуровому клітковинному просторі (*spatium retrovesicale*) порожнини.

На Фіг 4 - Формування статевих губ та зовнішньої частини уретри. Накладання швів на рану та встановлення катетера Фоллея в уретру для відведення сечі.

Запропонований спосіб пластики неовагіни у транссексуалів Ч/Ж трансформації здійснюють наступним чином. Операцію починають з розрізу шкіри калитки 1, видалення яєчок, мобілізації всієї губчастості частини уретри 2. Потім відокремлюють дорзальний судинно-нервовий пучок (*a dorsalis penis et v dosalis penis profunda, n dorsalis penis*) 3 від кавернозних тіл у блоці з фасціальними оболонками, починаючи від нижньобоківих поверхонь кавернозних тіл. Кавернозні тіла видаляють. Перескакують уретру 2 біля голівки 4 статевго члена. Шкірно-спонгиозний футляр 5 мобілізують від оточуючих тканин таким чином, щоб він утворив вільний клапоть на судинно-нервовій ніжці.

В області границі між сечостатевою діафрагмою миски (*diaphragma urogenitale*) та власне діафрагмою миски (*diaphragma pelvis*), що визначається як сухожилковий центр промежини (*centrum tendineum perineae*) 7, після часткового

розтину та розведення проєкційних відділів цибулино-губчастого (*t bulbospongiosus*) та сіднично-печеристого (*m ischioecavemosus*) м'язів, тупим та гострим шляхом формують порожнину 8 для розміщення неовагіни. Потім на верхівці та боках зовнішньої (після вивертання шкірно-спонгиозного клаптя) поверхні стінки неовагіни фіксують 3-4 шматочки проленової сітки 9 діаметром 4 мм 8. Кількість додатково фіксованих проленових клаптиків залежить від розміру статевго члена, який визначає розмір вільного клаптя на судинно-нервовій ніжці. При значному розмірі статевго члена, більше 10,5 см, 4 проленових клаптики забезпечують надійну фіксацію. В цьому випадку зменшення кількості проленових клаптиків призвело б до недостатнього надійного зростання стінок неовагіни з оточуючими тканинами позаміхурового клітковинного простору, що ускладнюється випадінням неовагіни. Збільшення кількості проленових клаптиків могло б призвести до небажаного післяопераційного ускладнення - реакції відторгнення чужорідного матеріалу та формування нориць. При розмірі статевго члена менше 7,5 см для досягнення надійної фіксації досить 3 проленових клаптиків. Клінічний досвід показав, що діаметр клаптиків проленової сітки 4 мм є оптимальним.

Неовагіну формують шляхом вивертання шкірного клаптя 6 всередину у попередньо сформовану в позаміхуровому клітковинному просторі порожнину (*spatium retrovesicale*) 8 зі збереженням його кровопостачання та іннервації (*a dorsalis penis et v dosalis penis profunda, n dorsalis penis*), при цьому дном неовагіни являється голівка 4 статевго члена із збереженою автономною васкуляризацією (*a dorsalis penis et v dosalis penis profunda*) ерогенною чутливістю (*n dorsalis penis*). Об'єм неовагіни заповнюють шляхом тугої тампонади марлевими серветками з метою притиснення стінок неовагіни (особливо в зоні фіксації шматків проленової сітки) до оточуючих тканин. Операцію закінчують формуванням статевих губ 10 та формуванням зовнішньої частини 11 уретри в області верхнього полюсу неовагіни. Накладають шви на рану та встановлюють силіконові трубочки активні дренажі та катетер Фоллея в уретру для відведення сечі.

Конкретний приклад застосування

Хвора С. Вік - 28 років. Історія хвороби № 2008697.

Поступила 08.04.2002 р. у відділення пластичної та реконструктивної хірургії центральної міської клінічної лікарні м. Києва у плановому порядку на оперативне лікування з діагнозом "Транссексуалізм Ч/Ж трансформації".

Протокол операції № 153 від 09.04.2002 р. Операція виконується під ендотрахеальним знеболюванням у положенні хворої на спині з розведеними ногами.

Після обробки операційного поля виконали розріз шкіри довжиною до 12 см по середній лінії калитки. Після мобілізації видалили яєчки. Мобілізували спонгиозну тканину уретри від кавернозних тіл статевго члена на всьому його протязі від голівки до цибулини (місця розходження ніжок кавернозних тіл). Таким чином була мобілізована

вся губчаста частина уретри

Мобілізацію дорзального судинно-нервового пучка (*a dorsalis penis et v dosalis penis profunda*, *n dorsalis penis*) від кавернозних тіл виконали у блоці з фасціальними оболонками, починаючи від нижньобоківих поверхонь кавернозних тіл. Кавернозні тіла видалили. Уретру пересікли у голівки статевого члена. Циркулярним розрізом біля основи статевого члена сформований шкірно-спонгіозний футляр мобілізували від оточуючих тканин таким чином, щоб він став вільним клаптом на судинно-нервовій ніжці (*a dorsalis penis et v dosalis penis profunda*), довжина якої дозволила перемістити клапоть в потрібну ділянку промежини.

На ділянці границі між сечостатевою діафрагмою миски (*diaphragma uro-genitale*) та власне діафрагмою миски (*diaphragma pelvis*), що визначається як сухожильний центр промежини (*centrum tendineum perineae*), попередньо сформували порожнину (канал) для розміщення неовагні з частковим розтином та розведенням проекційних відділів цибулино-губчастого (*m bulbospongiosus*) та сіднично-печеристих (*m ischiocavernosus*) м'язів тупим та гострим шляхом. Таким чином неовагні було розташовано у попередньо сформованому в позаміхуровому клітковинному просторі (*spatium retrovesicale*) каналі. Також було виконано частковий розтин поверхневих м'язів сечостатевої діафрагми миски для попередження стиснення неовагні у м'язовому жомі у віддаленому періоді.

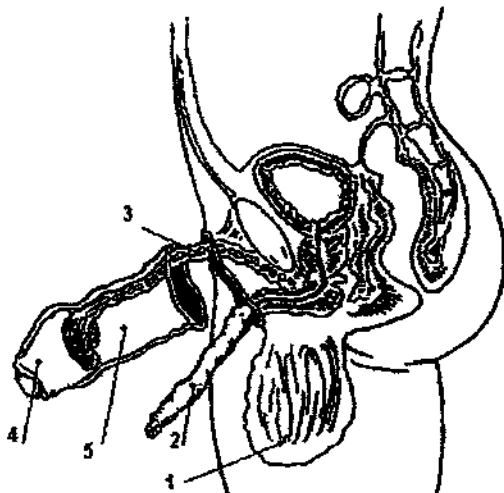
На верхівці та боках зовнішньої (після вивертання шкірного клаптя) поверхні стінки неовагні зафіксували 3 шматочки проленової сітки діаметром 4 мм. При цьому дном неовагні стала голівка статевого члена із збереженою автономною васкуляризацією (*a dorsalis penis et v dosalis penis profunda*) та ерогенною чутливістю (*n dorsalis penis*). Об'єм неовагні заповнили шляхом

тугої тампонади марлевими серветками з метою притиснення стінки неовагні (особливо в зоні фіксації проленовою сіткою) до оточуючих тканин. Сформували зовнішню уретральну норицю шляхом виведення кукси уретри в ділянку верхнього полюса неовагні. Сечу відводили через уретру катетером Фоллея протягом 7-8 днів після операції. Статеві губи сформували із залишку тканин калитки. Встановлено силіконові трубчасті активні дренажі. Накладено асептичні пов'язки. Контрольний огляд хворої через 1 і 2 роки після виконання операції не виявив жодних ознак випадіння неовагні.

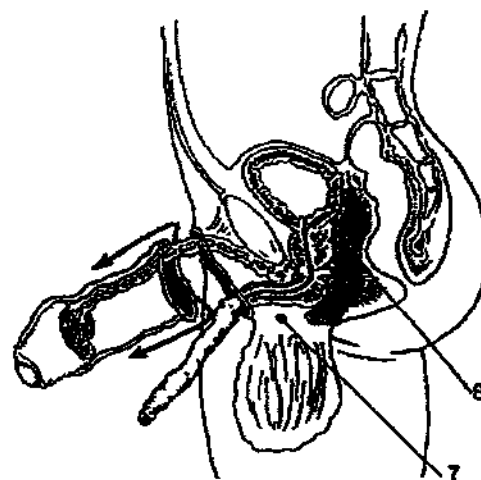
За період з 2001 по 2004 рр. у клініці кафедри госпітальної хірургії № 2 з курсом судинної та грудної хірургії Національного Медичного Університету ім. О.О. Богомольця способом, що заявляється, було проліковано 5 хворих з аналогічним діагнозом. За час спостереження (середня тривалість 2 роки) у жодної пацієнтки не спостерігалось небажаного випадіння неовагні (0% відсотків - даного ускладнення). В порівнянні із методикою "пенальної інверсії", описаною М.О. Мілановим та Р.Т. Адамяном, відсоток ускладнень якої у вигляді випадіння неовагні, становить 20%, запропонований спосіб продемонстрував значно більшу ефективність.

Література

- 1 Bouman F.G. Surgery of External Genitalia in Female-to-Male Transsexuals Presented at the XI-th Symposium on Gender Dysphoria - Cleveland, Ohio, September, - 1989 P 120-132
- 2 Edgerton M.T. Surgical construction of the vagina and labia in male transsexuals // Plast Reconstr Surg - 1970 - V 46 - P 529
- 3 И.О. Миланов, Р.Т. Адамян, Г.И. Козлов. Коррекция пола при транссексуализме, Москва, 1999, с. 151-158



Фіг. 1



Фіг.2

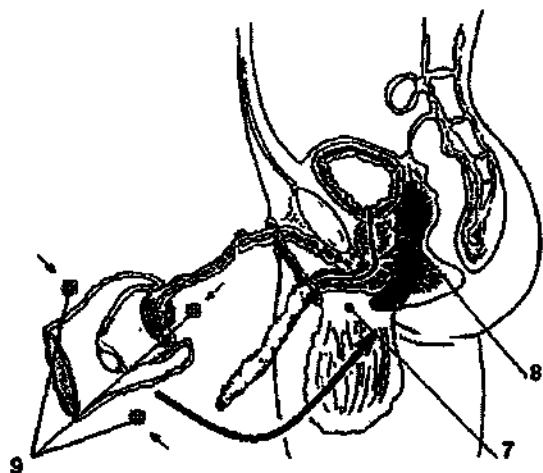


Fig.3

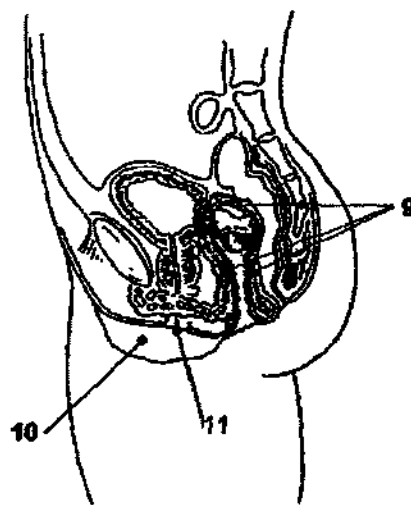


Fig.4