

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ
Первый заместитель министра

_____ Р.А. Часнойть
6 мая 2010 г.
Регистрационный № 039-0410

**СПОСОБ СКРОТОПЛАСТИКИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ
КОРРЕКЦИИ ПОЛА**

инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЯ-РАЗРАБОТЧИКИ: ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», УЗ «Минская областная клиническая больница»

АВТОРЫ: д-р мед. наук, проф. О.В. Стасевич, В.Н. Подгайский, канд. мед. наук С.Ю. Мечковский, Д.В. Батюков, И.Э. Дзержинский

Минск 2009

Одним из этапов хирургической коррекции пола при женском/мужском транссексуализме является реконструкция наружных гениталий по мужскому типу. Наиболее анатомически и гистологически обоснованным, а также, что немаловажно, щадящим с хирургической точки зрения (не используется свободного или на питающих сосудах перемещения тканей из других анатомических областей) является использование тканей больших и малых половых губ. Кроме того, подобная тактика позволяет избежать операции, по сложности сопоставимой с фаллопластикой, и даже совместить с последней в едином хирургическом этапе в комплексе хирургической коррекции пола. Нельзя также забывать и о том, что создается еще один орган наружных мужских гениталий. Таким образом возможно достижение скорейшей реабилитации пациента. А удовлетворительная оценка пациентами результатов операций, как в функциональном, так и в эстетическом отношении, играет ключевую роль в их социально-бытовой адаптации.

Множество существующих методов, с применением которых хирурги пытались решать проблему реконструкции наружных мужских гениталий при коррекции пола, только в сравнительно небольшом количестве случаев дает пациенту возможность чувствовать себя полноценным. Многоэтапность, вовлечение в реконструкцию нескольких анатомических областей, а как следствие, и значительные по тяжести и риску возникновения осложнения, делают тщетными усилия врачей и пациентов.

ПЕРЕЧЕНЬ НЕОБХОДИМЫХ ОБОРУДОВАНИЯ, РЕАКТИВОВ, ПРЕПАРАТОВ, ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНИКИ

1. Стерильные аксессуары операционной: марлевые шарики, салфетки, бинты, пеленки, простыни, халаты, перчатки, маски и т. п.
2. Стерильные наборы общехирургического, сосудистого и микрохирургического инструментария.
3. Одноразовые шприцы 10–20 мл.
4. Рассасывающиеся монофиламентные нити 3/0–4/0 с режущими иглами.
5. Рассасывающиеся плетеные нити 1/0–2/0 с режущими иглами.
6. Электрохирургический генератор с функциями моно- и биполярной коагуляции.
7. Набор для наложения активной дренирующей системы послеоперационной раны.
8. Растворы 3% перекиси водорода, 1% йодоната для наружного применения.
9. Антибиотик цефалоспоринового ряда 3–4 поколений (2,0) для однократного интраоперационного внутривенного вливания.

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

Реконструктивная хирургия в случаях:

- врожденного недоразвития наружных гениталий, при гермафродитизме;

- хирургической коррекции женского/мужского транссексуализма.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

Не произведенное ранее удаление матки с шейкой и придатками, при хирургической перемене пола с женского на мужской.

Острые или обострение хронических заболеваний.

Психические нарушения.

Декомпенсированные формы поражений дистального артериального русла.

ОПИСАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СПОСОБА

Метод осуществляется в условиях специализированного стационара пластической и реконструктивной хирургии.

Для осуществления метода необходима плановая госпитализация пациента и его максимально возможное соматическое здоровье на момент оперативного вмешательства (полное заживление послеоперационных ран от последнего по времени вмешательства, отсутствие острых и/или стойкая ремиссия хронических заболеваний). Оптимальным является использование метода в комплексе с тотальной фаллопластикой, в рамках единого оперативного вмешательства.

В случае хирургической коррекции гермафродитизма, а также предварительно выполненной тотальной фаллопластики при хирургической смене пола возможно выполнение скротопластики как самостоятельного вмешательства.

Минимально необходимый объем предоперационных исследований и предоперационная подготовка

1. Общий анализ крови и мочи.
2. Группа крови и резус-фактор.
3. Результат реакции МРП или ИФА.
4. Биохимический анализ крови.
5. Флюорография.
6. При необходимости — результаты консультаций специалистов.
7. ЭКГ, при наличии нарушений сердечной деятельности — в динамике.
8. Контрастная уретрография (при наличии клинической картины задержки мочи либо жалоб на затрудненное мочеиспускание).
9. Цистоскопия (при наличии клинической картины задержки мочи либо жалоб на затрудненное мочеиспускание).
10. Данные УЗИ сосудов/селективной ангиографии донорской и реципиентной областей по показаниям (наличие клинической картины облитерирующего атеросклероза, облитерирующего эндартериита, болезни Рейно, длительный анамнез курильщика).

11. Правила предоперационной подготовки аналогичны таковым при проведении любого вмешательства с использованием общего эндотрахеального наркоза.

12. Обязательна предоперационная (за 3–4 мес. до планируемого вмешательства) депиляция донорской области.

Диагностика

Установление показаний к процедуре не представляет трудности, ибо диагностика обусловлена локальным статусом и жалобами пациента на отсутствие либо неполноценность анатомической структуры. В некоторых случаях гермафродитизма выполнение способа нецелесообразно ввиду часто встречающегося, недостаточного развития тканей больших половых губ.

В случае хирургической коррекции женского/мужского транссексуализма особо следует обратить внимание на психический статус пациента. Заключение психиатра и направление специальной комиссии МЗ РБ по перемене пола обязательны.

Методика оперативного вмешательства

Способ расположения пациента на операционном столе аналогичен таковому при гинекологических или проктологических операциях, т. е. лежа на спине, с разведенными в стороны ногами, закрепленными в специальных подставках (входят в комплект дополнительного оборудования стандартного операционного стола).

Операция производится под общим обезболиванием, так как необходима максимально полная релаксация мышц промежности и тазового дна, даже в случае изолированного выполнения вмешательства при коррекции наружных гениталий при гермафродитизме.

Начальным этапом вмешательства при хирургической смене пола с женского на мужской является удаление влагалища и формирование промежностной части уретры (если операция выполняется в комплексе с тотальной фаллопластикой). После выполнения указанных манипуляций, тщательного туалета операционной раны, контроля на гемостаз восстанавливается целостность тазового дна путем наложения на края мышц 2–3 узловых швов рассасывающейся плетеной нитью 1/0. В полости раны оставляется система активного дренирования.

Следующим этапом вмешательства является маркировка операционного поля согласно схеме (при коррекции пола в случае гермафродитизма и наличия у пациента сформированной по мужскому типу уретры, а также полного отсутствия влагалища этот этап является начальным, рис.1).



Рис. 1. Схема маркировки операционного поля

Затем окаймляющими разрезами рассекается кожа вокруг нижних полюсов больших половых губ. Последние поочередно мобилизуются в едином блоке с малыми половыми губами до уровня границы верхней и средней трети. Избытки тканей малых половых губ, покрытых переходным эпителием, иссекаются (рис. 2).



Рис. 2. Иссечение малых половых губ

Мобилизованные описанным способом половые губы (лоскуты) ротируются нижними полюсами вверх во встречных направлениях и сшиваются 2-рядным швом (первый ряд — узловые, второй — непрерывный) нитями 4/0 и 3/0; формируется неомошонка (рис. 3).

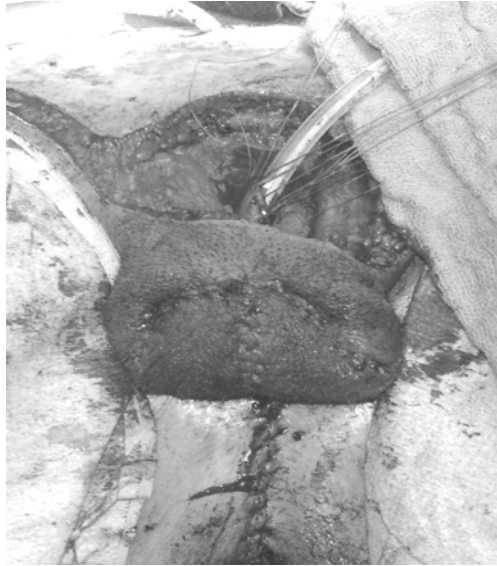


Рис. 3. Формирование неомошонки

После формирования неомошонки ноги пациента поэтапно приводятся в положение сведения до достижения степени сведения краев раны пинцетами без сильного натяжения. Рана в промежности ушивается 2-рядными узловыми швами, рассасывающимися нитями 2/0 и 3/0 на режущих иглах.

В случае скротопластики при коррекции гениталий у гермафродитов, при выполнении пластики мошонки как отдельного этапа при хирургической смене пола с женского на мужской рана в промежности укрывается плотной повязкой.

При хирургической смене пола в случае совмещения этапов тотальной фаллопластики и скротопластики приступают к реваскуляризации и реиннервации неофаллоса, а также соединению промежностной и стволовой частей неоуретры (рис. 4).



Рис. 4. Соединении промежностной и стволовой частей неоуретры

Интраоперационно пациенту производится внутривенная инфузия физиологического раствора 800 мл с антибиотиком цефазолинового ряда (эквивалент цефазолина в дозе 2,0).

Ведение послеоперационного периода

В раннем послеоперационном периоде пациент должен получать антибиотик цефалоспоринового ряда 3–4 поколения в терапевтической дозе и метронидазол не менее 5 сут (при отсутствии воспалительных осложнений со стороны послеоперационных ран). Извлечение активного дренажа целесообразно производить не ранее 3-х сут при наличии явной положительной динамики в аспекте количества и качества раневого отделяемого.

Пациент может быть выписан из стационара под наблюдение хирурга и уролога по месту жительства на 6–7-е сут после операции (при отсутствии послеоперационных осложнений). В случае скротопластики при гермафродитизме возможна выписка в более ранние сроки. Показан еженедельный контроль курирующим хирургом стационара.

Проблема скротопластики до настоящего момента остается актуальной при хирургической коррекции пола. Как правило, после успешной фаллопластики пациенты часто не продолжают дальнейшей трансформации, полагая, что максимум возможного уже выполнен. В то же время хирурги, не желая сталкиваться с еще одним непростым микрохирургическим вмешательством, также не настаивают на реконструкции мошонки.

Приведенный способ скротопластики позволяет совместить этот немаловажный этап реконструкции наружных мужских гениталий с тотальной фаллопластикой без существенной потери времени и значительных материальных затрат. Анатомичность и малая травматичность

метода позволяют производить последующее протезирование яичек синтетическими протезами без риска нарушения питания и возникновения некроза кожи неомошонки.

Таким образом, функциональный и эстетический результаты, достигаемые при использовании описанной методики, дают реальную возможность максимально полной и скорейшей реабилитации пациента.

Отличительные особенности предложенного способа:

- описанная тактика позволяет однозначно решить вопрос о необходимости совмещения этапов тотальной фаллопластики и скротопластики;

- возможность использования в изолированном варианте в условиях общехирургического/гинекологического стационара;

- одномоментные восстановительно-реконструктивные вмешательства позволяют добиться скорейшей реабилитации пациента с наименьшими затратами.

Положительными особенностями и преимуществами способа являются:

- высокая эффективность;
- низкая частота повторных операций;
- анатомическая обоснованность реконструкции.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОЗМОЖНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ИЛИ ОШИБОК ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ И ПУТИ ИХ УСТРАНЕНИЯ

Ошибки могут быть связаны с неправильным отбором пациентов, выбором шовного материала, техникой операции, ведением послеоперационного периода.

Осложнения могут быть связаны с нагноением ран, некрозом их краев, общесоматическим состоянием пациента.