

На сроке 18—19 нед беременности женщину направили в гинекологическое отделение РКБ, где ей по поводу истмико-цирвикальной недостаточности был наложен шов на шейку матки, проведен курс лечения, включавший дексаметазон, активированный уголь, ГБО. Титр резус-антител на протяжении беременности — 1 : 16, 1 : 32.

На сроке 27—28 нед, по данным УЗИ, плод соответствует 29—30 нед, масса тела — 1420 г, печень и селезенка плода незначительно увеличены, плацента по задней стенке толщиной 33 мм, "О" степени зрелости, количество вод в норме, воды чистые, признаков нарушения ФПК нет, СДО в пупочной артерии — 24.

Госпитализирована в родильное отделение, где на сроке 33—34 нед произведен амниоцентез и молекулярно-генетическим методом определена резус-положительная принадлежность плода: выявлено наличие 10 экзона Rh D гена в амниоцитах.

Анализ содержания билирубина в околоплодных водах показал наличие гемолитической болезни плода легкой степени, хотя на вид воды были желтые. Через неделю был произведен повторный амниоцентез — результат тот же. С учетом крайне отягощенного анамнеза (отечной формы ГБН), резус-положительной принадлежности плода женщина родоразрешена на сроке 36 нед через естественные родовые пути по М.Е. Бараци с амниотомией. Родился живой мальчик с массой тела 3200 г, группа крови 0(I) Rh(+). Диагностирована ГБН, врожденная желтушная форма средней степени. Произведены 3 заменные переливания крови. Исход: ребенок выжил.

Таким образом, молекулярно-генетический метод диагностики резус-принадлежности плода по околоплодным водам позволяет провести раннюю диагностику гемолитической болезни, заблаговременно до срока родов определить время и способ родоразрешения.

УДК 616.64—007.24—089.844

Ю.Н. Ярисов, В.А. Чернов, Л.Н. Орлов, С.В. Верендеев (г. Чебоксары). Фаллопластика при мочеполовой аномалии

Экстрофия мочевого пузыря чаще встречается у мальчиков и является одной из тяжелых форм аномалии. Ей часто сопутствуют сочетанные аномалии половой системы, костей таза, почек: эписпадия, расхождение лобковых костей, деформация и недоразвитие полового члена, гипоплазия яичек, простаты, почек. После успешного хирургического лечения экстрофии мочевого пузыря в детстве с возрастом может появиться необходимость в реабилитационных хирургических вмешательствах по поводу сопутствующей аномалии.

Укорочение и деформация полового члена делают невозможной половую жизнь. При наличии либидо и эрекции мысль о своей мужской неполноценности становится доминантной, причиной сильных психических переживаний.

Приводим свое наблюдение по реабилитации такого больного.

Описания фаллопластики и эндопротезирования при подобной патологии в доступной нам литературе мы не нашли. Считаем, что данное наблюдение представляет интерес для хирургов.

К., 21 года, поступил в урологическое отделение 21.10.1997 г. с жалобами на невозможность половой жизни из-за деформированного короткого члена. Либидо и эрекция есть.

При рождении установлены экстрофия мочевого пузыря и тотальная эписпадия. Родители дали согласие на операцию, когда мальчик достиг 5-летнего возраста. Был выполнен везикосигмоанастомоз по А.Н. Михельсону.

Объективно: рост — 162 см, масса тела — 57 кг, несколько инфантилен. Со стороны органов грудной клетки изменений нет. АД — 130/80 мм Нг. На нижней части живота — рубцы, пупок отсутствует. Симфиза нет, расхождение лобковых костей составляет 11 см (рис. 1). Половой член укорочен, подтянут к рубцу. В верхней части головка расщеплена, уретра отсутствует. Яички нормальных размеров, наружные гениталии имеют удовлетворительно развитый волосистой покров (рис. 2). Простата гипоплазирована, едва пальпируется.



Рис. 1.

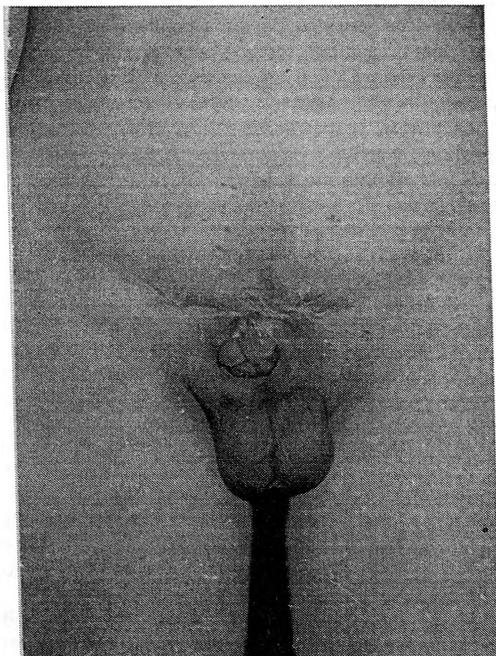


Рис. 2.

УЗИ почек: правая почка имеет ровные контуры — 128—53 мм, толщина паренхимы — до 15 мм; левая почка уменьшена до 63—30 мм, контуры неровные, умеренное расширение чашечки, лоханки и мочеточника.

Заключение: гипоплазия левой почки, хронический пиелонефрит.

Показаниями к фаллопластике являются как деформация, так и укорочение полового члена: вследствие расхождения лобковых костей удлиняются ножки полового члена (кавернозных тел) и соответственно укорачивается его стволовая часть.

Первый этап фаллопластики — формирование филатовского стебля — была проведена 06.11.1997 г. общепринятым методом. С учетом наличия рубцов на животе стебель сформирован на передневерхней поверхности правого бедра. Одновременно по поводу пиелонефрита назначено лечение уроантисептиками.

Второй этап операции был произведен 03.03.1998 г. Выполнены круговой разрез кожи полового члена на границе с головкой и отведение ее на 1 см в проксимальном направлении. Головка легко удалена без повреждения кавернозных тел. Дистальный конец филатовского стебля отсечен и пришит к культе полового члена.

Третий этап операции — отсечение от бедра проксимального конца стебля — осуществлен 27.05.1998 г.

Фаллоэпидипротезирование было проведено 12.10.1998 г. С учетом наличия эрекции эндопротез было решено установить без повреждения кавернозных тел. Использован фаллоэндопротез из медицинской силикатной резины. На гладкую дистанционную половину от руки нанесены круговые кольцевые нарезки. Срединным разрезом от кожи по задней поверхности обнажены кавернозные тела. Общая длина их стволовой части — 5 см, ножки удлинены круто — почти под прямым углом, устремлены в латеральные стороны по направлению к разошедшимся лобковым костям. На уровне дистальных концов кавернозных тел бужами Гегара проделан туннель в новообра-

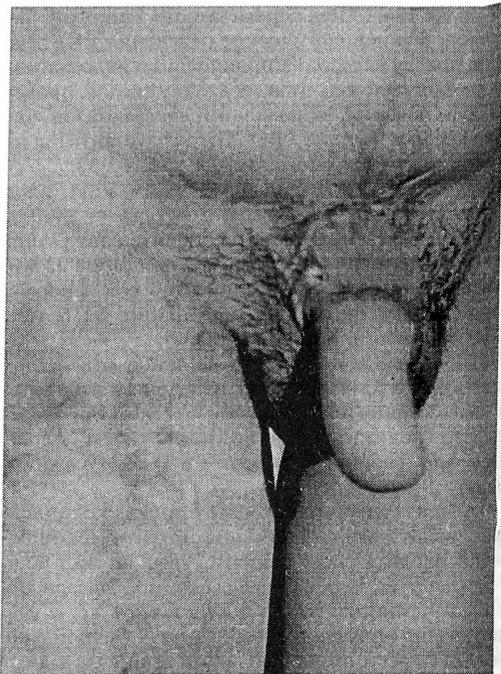


Рис. 3.

зованные части полового члена, затем введен эндопротез с установкой гибкой средней части протеза у концов кавернозных тел. Задняя половина протеза с кольцевыми нарезками уложена посередине кавернозных тел и зафиксирована шелковыми нитками, уложенными в кольцевые нарезки для обеспечения протезу неподвижности. Излишек протеза отсечен на уровне расхождения ножек.

Послеоперационное течение гладкое. В течение 6 дней больной получал антибиотики. В состоянии эрекции новообразованный половой член приподнимается (рис. 3).

Пациент осмотрен через 2 месяца: операцией доволен, половая жизнь возможна.