

## I. Анатомия, физиология, патофизиология

Анатомия мужской уретры

Анатомия полового члена и патофизиология

Эректильной дисфункции

Уретральный сфинктер и механизмы

Удержания мочи у мужчин

## II. Общие принципы

Патофизиология восстановления и перемещения тканей

Забор трансплантата для реконструктивной уретропластики: слизистая языка

Забор трансплантата для реконструктивной уретропластики: кожные трансплантаты

Тканевая инженерия в реконструктивной

Уретропластике

Графтинг при корпоропластике

Тканевая биоинженерия: правила забора трансплантата,

Техники перемещения, результаты

## III. Реконструктивная хирургия уретры принципы

Пенильная уретропластика

Бульбозная уретра

Задняя уретра

Сложные случаи стриктур задней уретры

## IV. Уретропластика при гипоспадии

V. Реконструктивная хирургия при недержании мочи искусственный сфинктер мочевого пузыря

VI. Корпоропластика при врожденном

Искривлении полового члена

VII. Реконструктивная хирургия при болезни Пейрони

От радикальной хирургии до иссечения бляшек: 30 лет эволюции

Консервативная хирургия

Хирургия на основе геометрических принципов

VIII. Протезирование полового члена

Первичная имплантация

Осложнения

IX. Эстетическая хирургия полового члена

X. Корпоропластика при увеличении полового члена

XI. Микрососудистая хирургия при эректильной дисфункции

XII. Приапизм

XIII. Трансгендерная реконструктивная хирургия из мужчины в женщину

Метоидиопластика: из женщины в мужчину

Фаллопластика: из женщины в мужчину

Осложнения трансгендерной генитальной хирургии

Имплантация протезов полового члена

XIV. Рак полового члена принципы радикальной хирургии и сохранение эректильной функции

Восстановление покровов и реконструктивная хирургия головки полового члена

Реконструктивная хирургия после лечения

Лимфаденэктомия

XV. Сексуальная реабилитация после реконструктивной хирургии полового члена

XVI. Чрезмошоночная мобилизация кожи полового члена – новый доступ для корпоропластики

**Вступительное слово к книге "Атлас по реконструктивной хирургии полового члена"**

Реконструктивная урология представляет собой сложную и проблемную область урологической науки. Она охватывает как исправление врожденных аномалий, так и лечение приобретенных заболеваний. Цель данного Атласа – дать обзор методик, применяемых при реконструкции различных частей полового члена. Любое хирургическое вмешательство требует отличного знания анатомии, физиологии и патофизиологии. В реконструктивной хирургии крайне важно работать в нужном слое тканей и обращаться с ними соответственно. Эти вопросы рассматриваются в первой части Атласа.

Врач, занимающийся реконструктивной урологией, обязан соблюдать принципы, принятые в области пластической и реконструктивной хирургии. Этому аспекту посвящена глава II «Общие принципы».

Остальные разделы освещают различные методики выполнения операций. Число операций с целью устранения стриктур уретры растет. Более 50 % стриктур, с которыми приходится сталкиваться в наши дни, имеют ятрогенный характер. Другими причинами сужения уретры являются травмы и инфекции. Этиология, местоположение стриктуры и протяженность рубцов влияют на принятие решения о том, какая методика оперативного лечения является наиболее подходящей в каждом конкретном случае. Эти вопросы, а также соответствующие методики обширно отражены и обсуждены в разделе «Реконструктивная хирургия уретры при наличии стриктур». Операции при гипоспадии и эписпадии отличаются от реконструкции уретры с целью устранения стриктур, хотя и основаны на тех же самых базовых методиках. В этих случаях часто встречаются недоразвитие губчатого тела и искривление полового члена. Пациенты с врожденным искривлением полового члена и те, кто страдает болезнью Пейрони, также нуждаются в корпоропластике. Разница анатомического строения и патофизиологии обуславливает использование различных методик (процедуры Nesbit и ее модификаций или же корпоропластики с использованием трансплантатов).

Еще одна часть книги посвящена хирургическому лечению эректильной дисфункции. Сосудистая хирургия имеет ограниченные показания, и успех таких операций также невелик. Часто единственной возможностью остается имплантация протеза полового члена. Увеличение размеров полового члена относится к тем вопросам, вокруг которых разгораются противоречивые обсуждения.

Два последних раздела Атласа посвящены реконструктивной хирургии при трансгендерных переходах и оперативным вмешательствам при раке полового члена.

Поздравляю Эдоардо Аустони с тем, что он задумал и создал эту книгу. Она знаменует собой крупный вклад в реконструктивную урологию.