

Промежуточные результаты реплантации полового члена

У.А. Курбанов, А.А. Давлатов, С.М. Джанобилова, Ш.И. Холов
ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии»;
кафедра хирургических болезней № 2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино

В работе приведены отдалённые результаты микрохирургической реплантации полового члена у двух мальчиков через 10 и 11 лет. В обоих случаях реплантированный половой член развит пропорционально росту самого организма, и к достижению половозрелого возраста эректильная его функция сохранена полностью.

Ключевые слова: реплантация, половой член, эрекция, травма гениталия

Актуальность. Травматическая ампутация полового члена встречается крайне редко и составляет лишь 2-5% от всех травм половых органов мужчин [1,2]. Вместе с тем, травматическая ампутация полового члена считается самым тяжёлым видом травмы гениталия [3].

Самым оптимальным способом лечения травматической ампутации полового члена является его реплантация, возможности которой, по данным Н.О. Миланова с соавт., ограничены только случаями сохранности ампутированной части пениса, то есть только в 1 из 5 случаев [3].

Первая макрореплантация была выполнена в начале прошлого столетия. Об успешном проведении микрохирургической реплантации впервые сообщили в 1977г. японские учёные S. Tamai et al. [4]. Первая успешная микрохирургическая реплантация полностью ампутированного полового члена у ребёнка 6 лет в Республике Таджикистан выполнена в отделе-

нии реконструктивной и пластической микрохирургии Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии в 2004 году [5].

Следует отметить, что при целенаправленном поиске мы не нашли сообщений об отдалённых результатах реплантации полового члена у детей, в виду чего в настоящем сообщении мы решили заполнить данный пробел.

Цель исследования: оценка промежуточных результатов микрохирургической реплантации полового члена при полной его травматической ампутации.

Материал и методы. Случай 1. Больной Дж., 11 лет, доставлен в отделение через 5 часов после получения укушенной раны области гениталия 17.03.2005г. в состоянии психоэмоционального и травматического шока, небольшого кровотечения из ампутированной культы полового члена (рис.1).

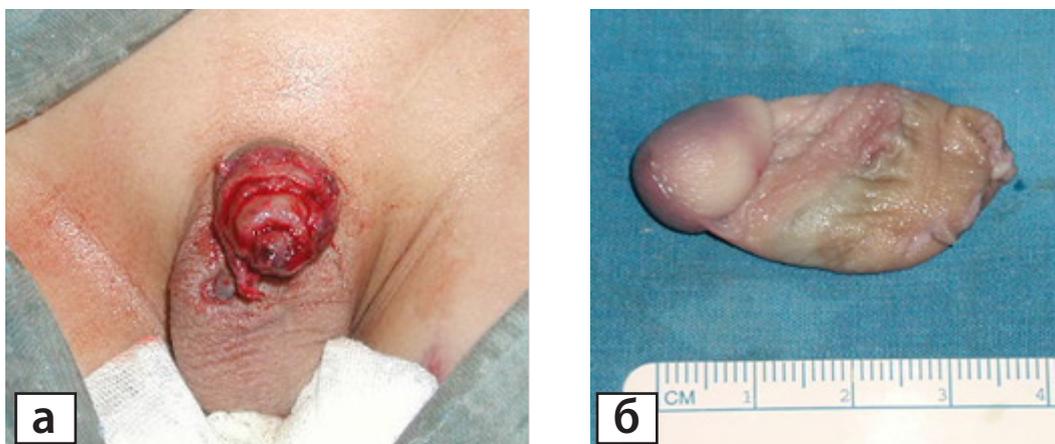


РИС. 1. БОЛЬНОЙ ДЖ., С УКУШЕННОЙ РАНОЙ ОБЛАСТИ ГЕНИТАЛИЯ: СОСТОЯНИЕ КУЛЬТЫ ПЕНИСА ДО РЕПЛАНТАЦИИ (А), АМПУТИРОВАННЫЙ СЕГМЕНТ ПЕНИСА (Б)



Обстоятельства травмы. В результате укуса известной собаки больной получил полную отрывную травматическую ампутацию головки и части тела полового члена.

При поступлении общее состояние больного средней тяжести. Гемодинамические показатели относительно стабильные, пульс 104 уд. в 1 мин., АД 100/60 мм рт. ст. Со стороны внутренних органов – без особенностей.

Локальный статус. При поступлении отмечалось незначительное кровотечение из раны культи полового члена. В ране культи видны оголённые кавернозные тела и их культи, которые лишены мягких покровов на протяжении 2 см. Доставленный ампутат состоял из головки, части губчатого и кавернозных тел, а также покровных тканей полового члена длиной 4 см. В результате травмы головка имела синюшную окраску.

Ампутат тщательно промыт мыльным раствором, фурациллином и физиологическим раствором и произведена его холодовая консервация. После проведения протившоковой терапии и необходимой

подготовки, больной взят на операцию под общим эндотрахеальным наркозом. Рана культи также промыта большим количеством мыльного раствора и фурациллином. Оборванные края кожи и подлежащих тканей экономно резецированы. В мочевой пузырь через просвет пересечённого мочеиспускательного канала ампутата и культи проведён катетер Фолли. Под оптическим увеличением идентифицированы и восстановлены уретра, тыльные артерии полового члена, тыльные глубокая и поверхностная вены, поверхностная фасция полового члена. По завершении операции кровообращение головки полового члена компенсировано. Больному назначили антибиотик широкого спектра, антикоагулянты, антиагреганты, спазмолитики, уросептики. Согласно рекомендациям рабиолога произведена вакцинация концентрированной антирабической вакциной. В послеоперационном периоде отмечались небольшие участки краевого некроза кожи по линии швов, где рана после очищения зажила вторичным натяжением (рис.2). Больной выписан в удовлетворительном состоянии с полным приживлением реплантированного сегмента полового члена через один месяц после операции.

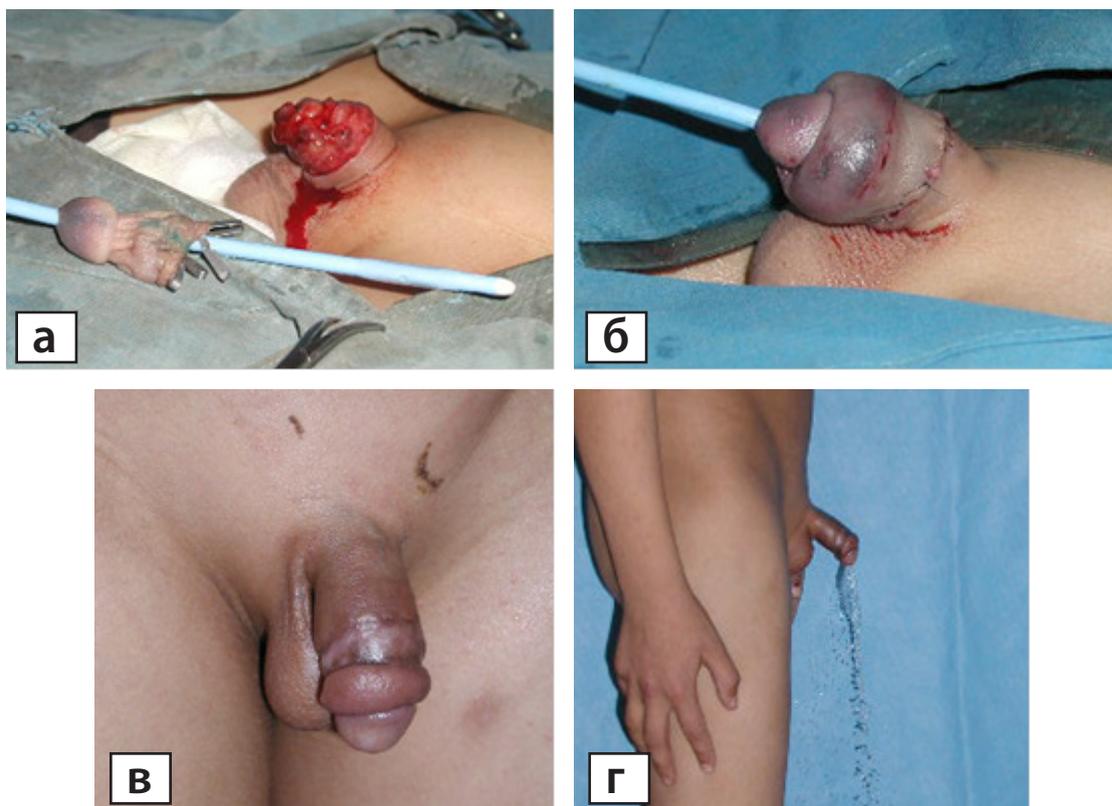


РИС. 2. ВИД ПОЛОВОГО ЧЛЕНА ДО И ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ: А – МОБИЛИЗАЦИЯ СОСУДОВ ПЕНИСА И ВЗЯТИЕ ИХ В МИКРОКЛИПСЫ; Б – ВИД ПОЛОВОГО ЧЛЕНА НЕПОСРЕДСТВЕННО ПОСЛЕ ЗАВЕРШЕНИЯ ОПЕРАЦИИ (КОМПЕНСИРОВАННОЕ КРОВООБРАЩЕНИЕ РЕПЛАНТИРОВАННОГО СЕГМЕНТА); В – СОСТОЯНИЕ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ МОЧЕВОГО КАТЕТЕРА; Г – ПЕРВОЕ САМОСТОЯТЕЛЬНОЕ МОЧЕИСПУСКАНИЕ БЕЗ МОЧЕВОГО КАТЕТЕРА

Через 6 месяцев после реплантации: половой член в удовлетворительном состоянии, деформаций ствола полового члена нет, мочеиспускание не нарушено.

Спустя 10 лет после выполнения экстренной микрохирургической реплантации больной был вызван на контрольный осмотр для тщательного анализа отдалённых результатов. Больной в умственном и физическом плане соответствует своим сверстникам. При осмотре наружные половые органы развиты по мужскому типу. Длина полового члена 10 см, в состоянии эрекции удлинняется до 12 см. В 1/3 дистальной части полового члена циркулярно проходит оформленный гладкий послеоперационный рубец толщиной 2 мм. Мочеиспускание без нарушений, струя мочи обычная (рис. 3). Со слов пациента, он имеет определённый опыт полового акта и считает себя сексуально полноценным парнем, не имеет комплекса в связи с формой и размером полового члена, ночная и утренняя эрекция полноценная.

Случай 2. Больной X., 6 лет, доставлен 2.10.2004г. в отделение реконструктивной и пластической микрохирургии Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии через 20 минут после получения травмы с продолжающимся кровотечением из культи полового члена, в состоянии травматического шока (рис.4).

Обстоятельства травмы. Со слов родителей мальчик получил полную гильотинную ампутацию полового члена на уровне средней трети пениса при выполнении циркумцизии знахарем.

Объективно состояние средней тяжести, кожные покровы бледные, тахикардия 110 в минуту, артериальное давление 70/50 мм рт. ст. Тоны сердца ритмичные.

Локальный статус. Визуализируется кровотечение из культи пениса на уровне пениально-мошоночного перехода, длина которого составила 1-1,5 см. Ампутированный сегмент длиной 4 см с избыточной кожей.

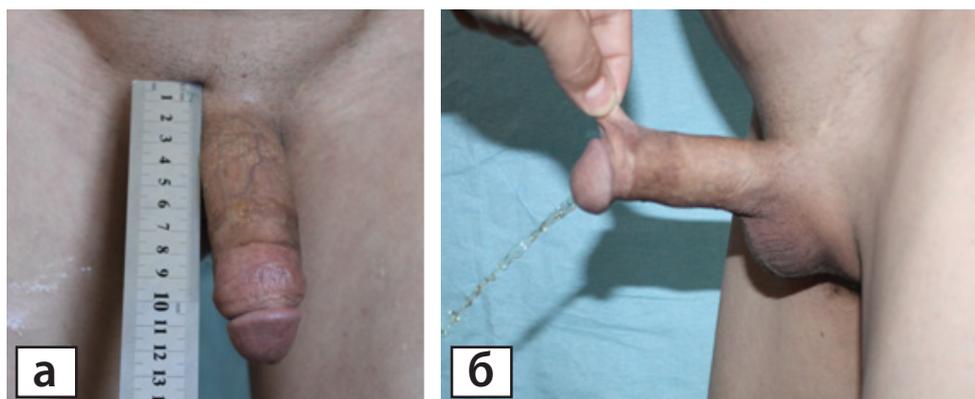


РИС. 3. ОТДАЛЁННЫЙ РЕЗУЛЬТАТ РЕПЛАНТАЦИИ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА: А – СОСТОЯНИЕ ЧЕРЕЗ 10 ЛЕТ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ; Б – ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС МОЧЕИСПУСКАНИЯ (Б)



РИС. 4. БОЛЬНОЙ X., С ПОЛНОЙ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ ГИЛЬОТИННОЙ АМПУТАЦИЕЙ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА: АМПУТИРОВАННЫЙ СЕГМЕНТ ПЕНИСА (А), СОСТОЯНИЕ ПРОКСИМАЛЬНОЙ КУЛЬТЫ ПЕНИСА (Б)

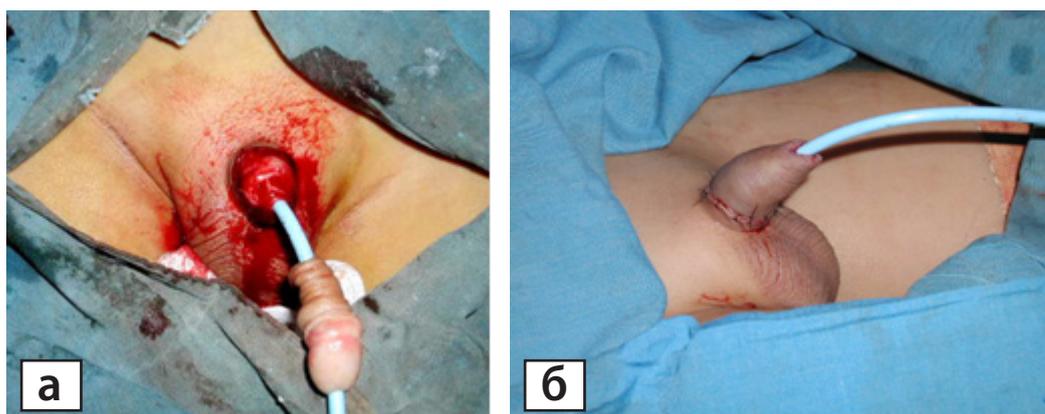


РИС. 5. ВИД ПОЛОВОГО ЧЛЕНА ДО И ПОСЛЕ ЗАВЕРШЕНИЯ ОПЕРАЦИИ: А – ПРОВЕДЕНИЕ МОЧЕВОГО КАТЕТЕРА ЧЕРЕЗ АМПУТИРОВАННЫЙ СЕГМЕНТ И ЧЕРЕЗ ПРОКСИМАЛЬНУЮ КУЛЬТЮ УРЕТРЫ В МОЧЕВОЙ ПУЗЫРЬ; Б – СОСТОЯНИЕ ПЕНИСА ПОСЛЕ РЕПЛАНТАЦИИ

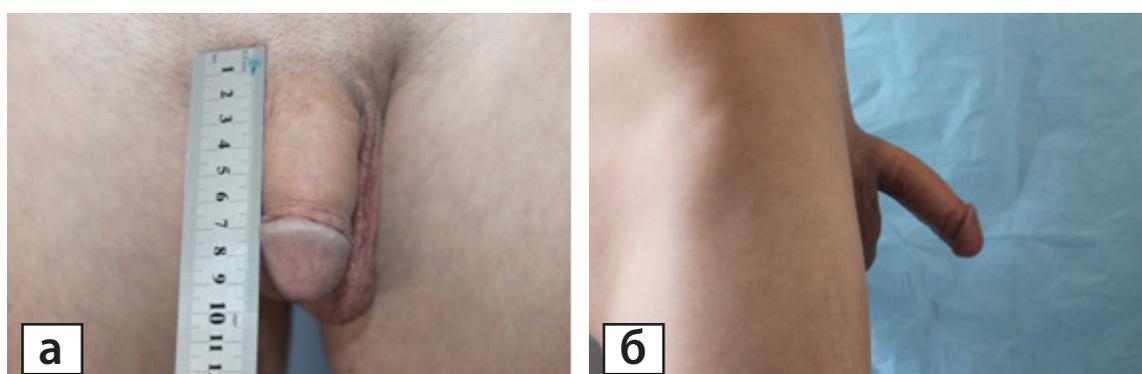


РИС. 6. ОТДАЛЁННЫЙ РЕЗУЛЬТАТ ЧЕРЕЗ 11 ЛЕТ ПОСЛЕ РЕПЛАНТАЦИИ ПЕНИСА: А – ДЛИНА ПОЛОВОГО ЧЛЕНА В СОСТОЯНИИ ПОКОЯ; Б – ВИД ПОЛОВОГО ЧЛЕНА СБОКУ

После тщательного промывания физиологическим раствором произведена холодовая консервация ампутата. После проведения протившоковой терапии и подготовки по экстренным показаниям больной под общим эндотрахеальным наркозом взят на операцию. Операция проведена под оптическим увеличением с идентификацией и восстановлением *v.dorsalis profunda penis* и двух вен (диаметром 1-1,3 мм), сопровождающих *a.dorsalis penis*, нитями 10/0 нейлон, *urethra* (дексон 6/0), *corpus cavernosum et corpus spongiosum* (дексон 6/0), *a.dorsalis penis* (11/0 нейлон), *n. Dorsalis penis* (10/0 нейлон), фасция *dartos* нитью 7/0. Кожные швы наложены нитью 5/0 нейлон. По завершении операции – компенсированное кровообращение полового члена (рис.5). В послеоперационном периоде отмечалось полное приживление реплантированного полового члена. В ранние сроки после операции наблюдался выраженный отёк мягких тканей, который, начиная с 4-5 суток, имел тенденцию к уменьшению. Для облегчения мочеиспускания (после удаления катетера) и уменьшения тяжести отёчных тканей на фоне ещё неудалённого катетера, на 7-е сутки выполнена циркумцизия реплантированного полового члена.

На 10-е сутки после реплантации мочевого катетер удалён. Мочеиспускание самостоятельное, свободное, безболезненное. Отёчность значительно спала. Больной выписан в удовлетворительном состоянии на 13-е сутки после реплантации полового члена с результатом полного приживления penis. Ближайший период после хирургического вмешательства протекал благоприятно, без возникновения таких осложнений как уросепсис, мочевые затёки, мочевые и гнойные свищи, что приводятся в литературе.

Отдалённый результат был оценён через 11 лет после операции. У больного отмечался хороший эстетический и функциональный результат микрохирургической реплантации. При осмотре наружные половые органы развиты по мужскому типу и соответствовали возрасту больного. Искривления ствола полового члена не наблюдалось. Послеоперационный циркулярный рубец на проксимальном уровне ствола полового члена был оформленным, почти не заметным, тонким и гладким. Эректильная функция полового члена не нарушена. Длина полового члена в покое составила 8 см, в состоянии эрекции – 13 см (рис.6). По урофлоуметрическим показателям

определялся нормокинетический тип кривой мочеиспускания. Рубцового сужения пениальной части мочеиспускательного канала не наблюдалось. Также за этот период, развития нефролитиаза, хронического пиелонефрита и хронического простатита не отмечали. Показатели ультразвукового исследования с доплерографией сосудов полового члена были в норме, индекс резистентности составил более 0,85. Спермограмма соответствовала физиологическим нормам лиц мужского пола данной возрастной группы.

Психоземональное состояние и оценка качества жизни согласно опроснику показали, что пациент вполне доволен результатами операции. Пациенту в настоящее время 17 лет. На данный момент опыта полового сношения не имеет.

Что касается третьего больного А., с полной укушенной отрывной ампутацией полового члена, которому была выполнена успешная реплантация, также в наблюдениях в течение 5 лет после операции отмечались хорошие эстетические и функциональные результаты. К сожалению, вследствие несчастного случая больной в возрасте 15 лет утонул в реке, из-за чего не удалось провести фотодокументацию отдалённого послеоперационного периода.

Результаты и их обсуждение. Следует отметить, что, если случай с гильотинным характером повреждения и хорошим состоянием транспортированного ампутата полового члена подавал надежду на возможность успешной микрохирургической реплантации повреждённого органа и получения положительных результатов лечения, то в двух других случаях, укушенный отрывной механизм тяжёлого ранения пениса у мальчиков 11 и 8 лет диктовал выполнение операции отчаяния – попытку микрохирургической реплантации по настаиванию родителей, которые были готовы принять любой результат операции с пониманием. Тем не менее, результаты у всех трёх больных были успешными.

По классификации и характеристике повреждений Европейской урологической ассоциации травматическая ампутация полового члена по степени тяжести относится к V степени (тяжёлая форма) [2]. Потеря полового члена сопряжена с тяжёлыми физическими и моральными страданиями у пациентов, особенно детского возраста, и может вызвать в последующем серьёзные психологические нарушения, снижая качество их жизни. Следовательно, реплантацию полового члена рекомендуется выполнять при любых возможных случаях. Успешная реплантация травматически отсечённого полового члена возможна с применением микрохирургической техники и оптического увеличения при условии своевременной доставки больных и сохранности ампутированного сегмента.

Следует отметить, что особый научный интерес представляет изучение внешней анатомической формы и функциональной способности реплантированного полового члена в отдалённом послеоперационном периоде, особенно в плане эректильной функции и совершении естественного полового акта. Несмотря на сомнения некоторых авторов относительно эректильной функции реплантированного полового члена [3], наш небольшой опыт показывает, что реплантированный половой член развивается пропорционально росту самого организма, и к достижению половозрелого возраста эректильная его функция сохраняется полностью.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лоран О.Б. Хирургическое лечение ампутаций полового члена / О.Б. Лоран [и др.] // Андрология и генитальная хирургия. – 2001. – № 1. – С.49-52.
2. Coben B.E. Successful clinical replantation of an amputated penis by microneurovascular repair / B.E.Coben, W.May, S.Daly [et. al.] // *Past. Reconstr. Surg.* – 1977. – 59. – P.276.
3. Миланов Н.О. Ампутация неофаллоса / Н.О.Миланов [и др.] // Андрология и генитальная хирургия. – 2002. – № 1. – С.86-87.
4. Tamai S. Microsurgical replantation of a completely amputated penis and scrotum / S.Tamai, Y.Nakamura, Y.Motomiya // *Plast. Reconstr. Surg.* – 1977. – V.60. – P. 287-291.
5. Микрохирургическая реплантация полового члена / У.А.Курбанов, М.Х.Маликов, А.С.Камолов, С.М.Джанобилова // *Ж. Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии.* – 2005. – № 3. – С.46-48.



Summary

Intermediate results of penis replantation

U.A. Kurbanov, A.A. Davlatov, S.M. Janobilova, Sh.I. Kholov
*State Republican Scientific Center of Cardiovascular Surgery;
Chair of Surgical Diseases № 2 Avicenna TSMU*

The paper presents the long-term results of microsurgical replantation of the penis in two boys 10 and 11 years old. In both cases the replanted penis is developed in proportion to the growth of organism. At time to reaching reproductive age the erectile function is preserved entirely.

Key words: replantation, penis, erection, genital trauma

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Курбанов Убайдулло Абдуллоевич – профессор
кафедры хирургических болезней № 2 ТГМУ;
Таджикистан, г. Душанбе, пр. Рудаки, 139
E-mail: kurbonovua@mail.ru