

# Двухэтапная методика восстановления полового члена после его утраты

**С.П. Галич, И.А. Назаренко, А.Ю. Дабига**

ДУ «Национальный институт хирургии и трансплантологии им. А.А. Шалимова», г. Киев

Представлен способ двухэтапной фаллопластики по поводу утраты полового члена с помощью свободной микрохирургической пересадки с применением преламинированного лучевого лоскута предплечья. На первом этапе в лоскут внедрили искусственную сеть для создания жесткости лоскута. Через 2 мес из лоскута предплечья формировали неофаллос и выполняли пересадку. Выполнили 3 операции. Результатом операции пациенты довольны.

**Ключевые слова:** фаллопластика, лучевой лоскут, преламинация.

Восстановление полового члена представляет собой сложную и далеко не решенную задачу реконструктивно-восстановительной хирургии.

На форуме пластических хирургов в 1986 году D. Gilbert изложил основные требования к искусственно созданному половому члену: «Хороший внешний вид, способность чувствовать, выводить мочу и возможность вхождения во влагалище». Современные методики аутотрансплантации сложных комплексов тканей позволяют сформировать неофаллос заданного размера, неоуретру и реиннервировать пересаженный лоскут.

В настоящее время для выполнения неофаллоуретропластики наиболее часто используют метод свободной пересадки сложного комплекса ткани на основе лучевого или локтевого лоскутов предплечья, лоскута широчайшей мышцы спины, лоскута с участком малоберцовой кости и метод перемещения тканей на основе лоскута прямой мышцы живота, пахового лоскута и другие [1–3].

Несмотря на достижения хирургии, результаты операций далеко не всегда удовлетворяют пациентов. Во многих случаях это объясняется недостаточной ригидностью воссозданного полового члена и связанной с этим проблемой интроэкции [4]. В других случаях пересадка комплекса тканей с очень жесткой основой в неофаллосе (васкуляризованный участок малоберцовой кости или внедрение однокомпонентных эндопротезов) из-за отсутствия гибкости при достаточных размерах создает определенную эстетическую проблему для пациента. К тому же трехэтапные операции увеличивают травматичность и длительность лечения пациентов.

Представляется, что данную проблему можно решить путем использования техники пересадки, заранее заданного в своем формате (преламинированного) сложного комплекса тканей, который впоследствии будет выполнять функцию фаллоса и иметь эстетически приемлемый внешний вид. Учитывая проблемность и редкость патологии, мы посчитали возможным поделиться своим первым опытом выполнения таких операций и оценить их целесообразность.

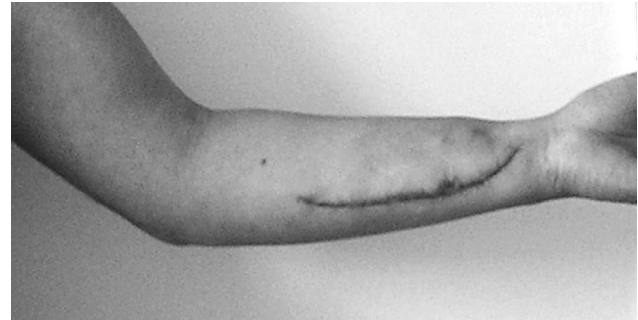
Клиника располагает опытом выполнения микрохирургической аутотрансплантации свободного сложного комплекса ткани на различные участки тела более чем у 890 больных, в 32 случаях операции выполняли с целью восстановления фаллоса, из них у трех пациентов была применена оригинальная методика «преламинации лоскута».

*Клиническое наблюдение.*

История болезни № 1375. Пациент Р., 22 года поступил в



**Рис. 1. Пациент Р., 22 года. Отдаленные последствия утраты полового члена**



**Рис. 2. I этап операции – «армирование» лучевого лоскута сетью «Ethicon»**



**Рис. 3. Отдаленный результат восстановления полового члена «армированным» лучевым лоскутом предплечья**

клинику 28.03.2006 г. с диагнозом: отдаленные последствия травматической ампутации полового члена.

В 2005 году перенес полную ампутацию полового члена в результате насильственных действий. В областном урологическом центре выполнена операция ПХО раны и формирование уретростомы.

При поступлении в клинику и общении обращала на себя внимание выраженная психоэмоциональная нестабильность пациента.

Объективно, местно: культя висячей части полового члена длиной 4–5 мм, с расположенным в центре мочеиспускательным каналом, в глубине пальпируются остатки кавернозных тел (рис. 1).

После обследования была выполнена двухэтапная ауто-трансплантация лучевого лоскута в виде неофаллоса.

На первом этапе проводили предоперационную маркировку лоскута заданных параметров, мобилизовали край предполагаемого лоскута и с локтевой стороны (без выделения сосудистой ножки) имплантировали в его ткань среднепетлистую медицинскую сетку из полипропилена фирмы «Ethicon» (рис. 2).

Рану послойно зашивали. Таким образом, лоскут «армировали» с целью создания его ригидности в дальнейшем.

Через 2 мес выполнили «подъем» лоскута по методу Готтлиба–Левина–Девина на мочевоом катетере Фолей № 16. Мобилизовали мягкие ткани, питающую сосудистую ножку, нерв, и не отсекая их, сформировали из тканей лоскута неофаллос с контуром головки. После подготовки реципиентных сосудов и всей зоны в целом отсекли сосудистую «ножку» лоскута и переместили трансплантат в реципиентную область. Дистальный конец катетера провели в мочевоой пузырь. Лоскут временно фиксировали к коже, затем питающие сосуды лоскута анастомозировали с глубокой нижней эпигастральной артерией и сопровождающей ее веной по типу «конец в конец». Для улучшения венозного оттока накладывали дополнительный венозный анастомоз по-

верхностной вены неофаллоса с ветвью большой скрытой вены. Мочеиспускательный канал ушивали на катетере двухрядным швом. Чувствительность пересаженного комплекса обеспечивали за счет анастомозов собственных нервов лоскута со скрытым, срамным и ветвью бедренного нерва. Остатки пещеристых тел подшивали к образовавшимся вокруг сетки тканям и корню неофаллоса, лоскут окончательно фиксировали и операция заканчивали.

В послеоперационный период неофаллос укладывали в положение, исключающее перекут или сдавление питающих сосудов трансплантата, и жестко фиксировали.

Рана зажила первичным натяжением. Контрольное мочеиспускание на 12-е сутки. Больной выписан на 15-е сутки после снятия швов.

Пациент осмотрен через 6 мес после операции (рис. 3).

Установлено наличие ригидности пересаженного лоскута, отсутствие атрофии его компонентов и частичное восстановление чувствительности. Пациента устраивает жесткость и внешний вид полового члена, отмечает восстановление семейных взаимоотношений и улучшение психоэмоционального состояния. Результативность двух других операций соответствует приведенному примеру.

Ограниченное количество наблюдений не позволяет сделать окончательные выводы, однако результаты практического применения вышеизложенной техники двухэтапной операции предполагают оптимистические выводы. При сравнении с результатами реконструкции полового члена методами пересадки васкуляризованного участка малоберцовой кости, лоскутом широчайшей мышцы спины с последующей уретропластикой и эндопротезированием, очевидно, что предложенная техника позволяет уменьшить травматичность хирургического лечения. Поэтому считаем, что методика двухэтапной неофаллоуретропластики с использованием способа «армирования» лоскута представляется весьма перспективной при операциях по поводу утраты полового члена и Ж-М-транссексуализма.

### Двохетапна методика відновлення статевого члена після його втрати С.П. Галич, І.О. Назаренко, О.Ю. Дабіжа

Описано спосіб двохетапної фаллопластики з приводу втрати статевого члена за допомогою вільної мікрохірургічної пересадки преламінованого променевого клаптя передпліччя. На першому етапі у клапоть вставляли сіть для досягнення його жорсткості в подальшому. Через 2 міс з клаптя передпліччя формували неофалос та виконували пересадку. Зробили 3 операції. Пацієнти результатом операції задоволені.  
**Ключові слова:** фаллопластика, променевий клапоть, преламінація.

### Two-stage technique of restoration of a penis after its loss С.П. Галич, І.А. Назаренко, А.Ю. Дабіжа

The method two-stage phalloplasty, concerning penis loss, by means of a free prelamination forearm flap with is presented. At the first stage in a flap introduced an artificial mesh for creation of rigidity of a flap. In 2 months prelamination forearm flap formed a neophallos. Executed 3 operations. Patients are happy with result of operation.

**Key words:** phalloplasty, forearm flap, prelamination.

### Сведения об авторах

**Галич Сергей Петрович** – ДУ «Национальный институт хирургии и трансплантологии им. А.А. Шалимова», 03680, г. Киев, ул. Героев Севастополя, 30. E-mail: Galych.sergey@gmail.com

**Назаренко Игорь Александрович** – ДУ «Национальный институт хирургии и трансплантологии им. А.А. Шалимова», 03680, г. Киев, ул. Героев Севастополя, 30; тел.: (067) 974-71-86. E-mail: i.nazarenko03@gmail.com

**Дабіжа Алексей Юрьевич** – ДУ «Национальный институт хирургии и трансплантологии им. А.А. Шалимова», 03680, г. Киев, ул. Героев Севастополя, 30. E-mail: lesha99@yandex.ua

### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Миланов Н.О., Адамян Р. Способ формирования полового члена // Патент на изобретение № 2038046 от 27.06.1995 г.  
2. Михайличенко В.В., Вавилов В.Н., Александров В.П., Фесенко В.И. Фаллоуретропластика лучевым лоскутом при утрате полового члена // Андрология и генитальная хирургия. – 2000. – № 1. – С. 75–76.  
3. Sengezer M., S. Öztürk, M. Deveci,

Z. Odabasi/Long-Term follow-up of total penile reconstruction with Sensate Osteocutaneous Free Fibula Flap in 18 Biological Male Patients//Plast. Rec. Surg. – 2004. – V. 114, № 2. – P. 439–450.

4. Hage J., Bloem J., Bouman F./Obtaining rigidity in the neophallus of female – to – male transsexuals. A review of the literature// Ann. Plast. Surg. – 1993. – V. 30. – P. 327–331.

Статья поступила в редакцию 22.01.2014