



Заместительная корпоропластика полового члена трансплантатом слизистой оболочки щеки – инцизия и графтинг (хирургическая техника)

С.В. Котов, А.Г. Юсуфов

ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова»
Минздрава России; Россия, 117997 Москва, ул. Островитянова, 1;
ГБУЗ г. Москвы «Городская клиническая больница №1 им. Н.И. Пирогова Департамента здравоохранения города Москвы»;
Россия, 117049 Москва, Ленинский проспект, 8

Контакты: Сергей Владиславович Котов urokotov@mail.ru

Одним из методов хирургического лечения болезни Пейрони являются удлиняющие операции. Суть вмешательства заключается в рассечении (разрезе) бляшки белочной оболочки с последующим замещением дефекта. Авторы в качестве графта применили аутологичную ткань – слизистую оболочку щеки. Слизистая оболочка щеки в настоящий момент, как показывает наш собственный опыт, является наиболее соответствующей формулировке «идеальный графт». Авторы располагают опытом лечения 28 пациентов по данной методике. Пациенты и их партнерши оценили отдаленные результаты как удовлетворительные; у всех удалось достичь выпрямления полового члена без укорочения его длины.

Ключевые слова: бляшка белочной оболочки, искривление полового члена, болезнь Пейрони, корпоропластика, трансплантат слизистой оболочки щеки

DOI: 10.17650/2070-9781-2016-17-4-68-71

Penilecorporoplasty using buccal mucosa graft: incision and grafting (surgical technique)

S. V. Kotov, A. G. Yusufov

N. I. Pirogov Russian National Research Medical University, Ministry of Health of Russia;
1 Ostrovityanova St., Moscow 117997, Russia;
N. I. Pirogov First City Clinical Hospital, Moscow Healthcare Department;
8 Leninskiy Prospekt, Moscow 117049, Russia

One method of surgical treatment of Peyronie's disease are lengthening surgery. The operation is the incision plaque tunica albuginea and the subsequent replacement of the defect. For replacement of defect using different materials. The authors used as graft autologous tissue – the buccal mucosa. The buccal graft mucosa at the moment shows how personal experience is the most suitable for the formulation of an “ideal graft”. The authors have experience in treating 28 patients of this procedure. Analysis of long-term observation results showed satisfactory results patients and their female partners; all patients achieved penis straightening, without shortening its length.

Key words: plaque tunica, curvature of the penis, Peyronie's disease, corporoplasty, buccal mucosal graft

Болезнь Пейрони (БП) является психической и физической проблемой, проявляющейся неконтролируемым фиброзом белочной оболочки полового члена, приводящим к его деформации (изгиб, сужение, укорочение), появлением болей при эрекции, нарушением коитальной и пенетрирующей способностей полового члена. Хирургическое лечение БП по-прежнему остается актуальной проблемой. На сегодняшний день не существует «золотого стандарта» в хирургическом подходе. Однако главной целью хирургического лечения является выпрямление полового члена и восстановление проникающей способности для совершения

полового акта. Критериями, влияющими на выбор хирургической тактики, являются степень, локализация кривизны, тип деформации, длина полового члена и предоперационный эректильный статус, опыт хирурга и предпочтения пациента [1]. Стандартно применяемые хирургические вмешательства для лечения БП:

- «укорачивающие»;
- «удлиняющие»;
- протезирование.

Вашему вниманию представляется описание «удлиняющей» операции, применяемой при угле искривления более 60°, сохранной эректильной функции,

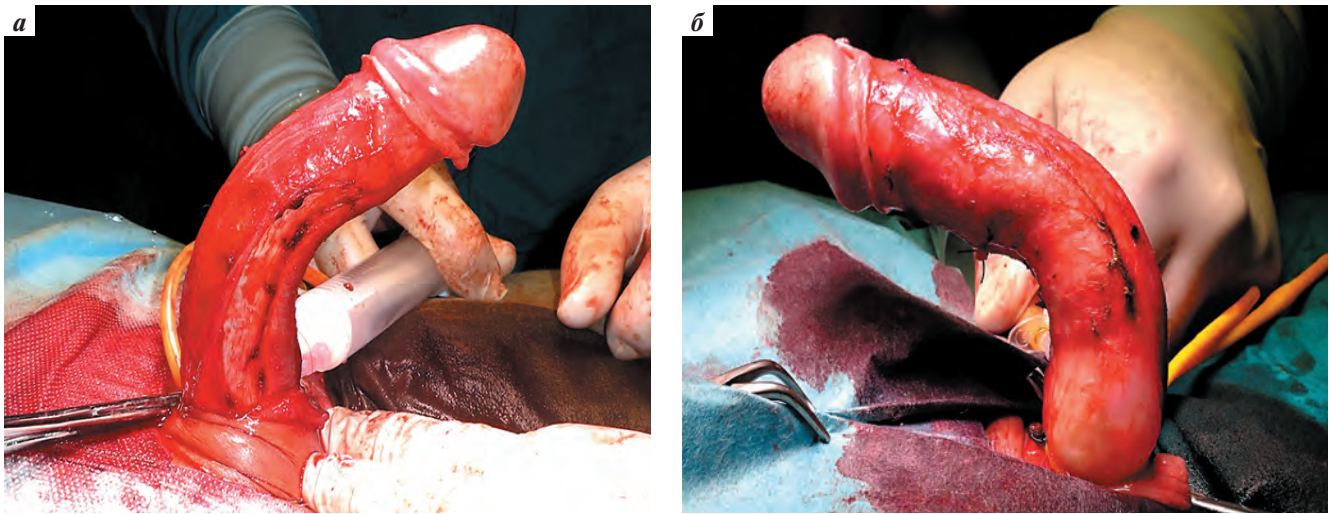


Рис. 1. Вентральное искривление полового члена, вид сбоку (а); дорсальное искривление полового члена (б)

наличии тяжелых форм искривления («песочные часы», «бутылкообразное» и т. д.). Сущность операции заключается в рассечении бляшки и замещении дефекта белочной оболочки графтом [2]. В качестве графта использована слизистая оболочка щеки.

Хирургическое вмешательство выполняется под эндотрахеальной анестезией. После циркумцизии и дегловации (скальпирования) полового члена приступают к мобилизации сосудисто-нервного пучка от белочной оболочки. На основании полового члена накладывается турникет. Дистальнее наложенного турникета в боковую поверхность одного из кавернозных тел полового члена вводится игла. С помощью шприца Жане вводится от 100 до 150 мл стерильного физиологического раствора до достижения полной (жесткой) эрекции (рис. 1).

Во всех случаях хирургических вмешательств использовался боковой способ мобилизации сосудисто-

нервного пучка, вне зависимости от вентрального или дорсального искривления. Это позволяет мобилизовать на достаточном участке белочную оболочку, зону поражения бляшки, адекватно выполнить тракцию полового члена для определения площади и размеров дефекта. В случаях вентрального искривления проводилась мобилизация уретры (рис. 2). После индуцирования эрекции, мобилизации сосудисто-нервного пучка и уретры (при вентральном искривлении) необходимо определить форму сужения, угол искривления, длину полового члена, тем самым планируя линию разреза (инцизии) бляшки, с углами отклонения на боковых концах. Моделирование линий разреза соответствует принципу Р.Н. Egydio [3]. Принцип геометрического моделирования имеет значение при сложных формах искривления полового члена. Главной идеей этой методики является адекватное рассечение бляшки с заведомо необходимым углом рассечения по типу

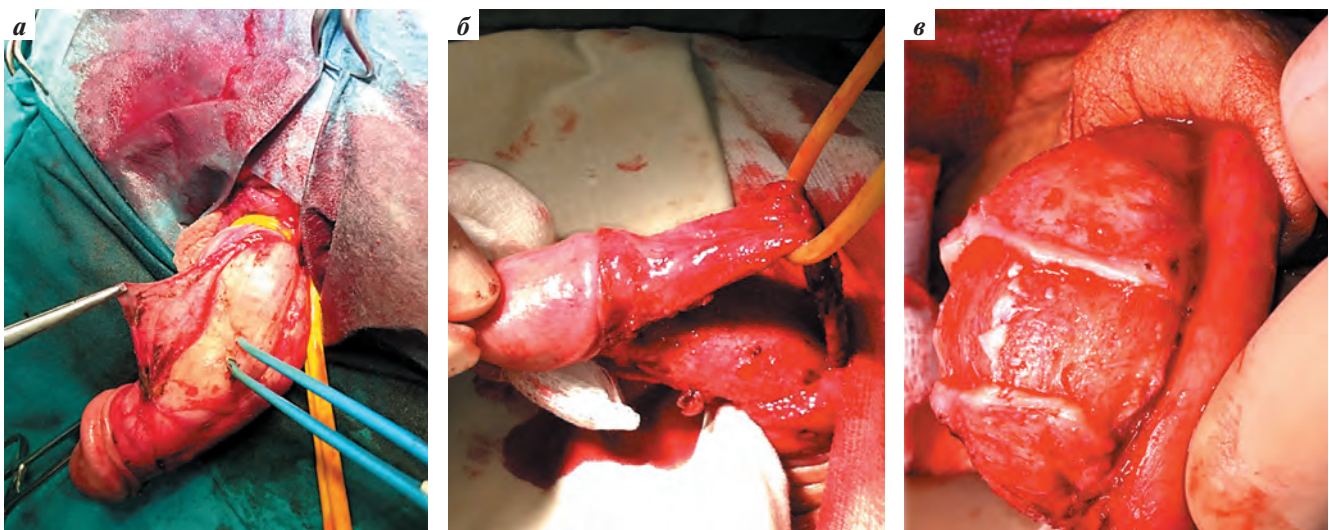


Рис. 2. Мобилизация сосудисто-нервного пучка (а, б), отведение уретры после мобилизации и инцизии бляшки (вентральное искривление) (в)

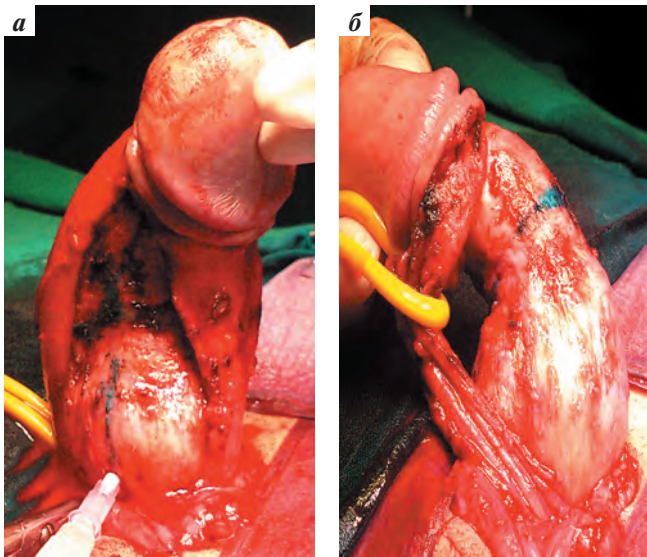


Рис. 3. Бутылкообразное сужение дистальной трети ствола полового члена: а – вид сбоку; б – вид с дорсальной поверхности; сосудисто-нервный пучок на держалке

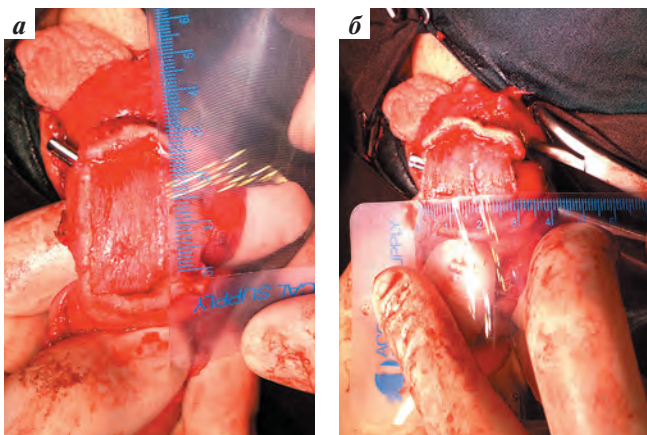


Рис. 4. Определение ширины (поперечник) (а) и длины (продольная ось) (б) ствола полового члена

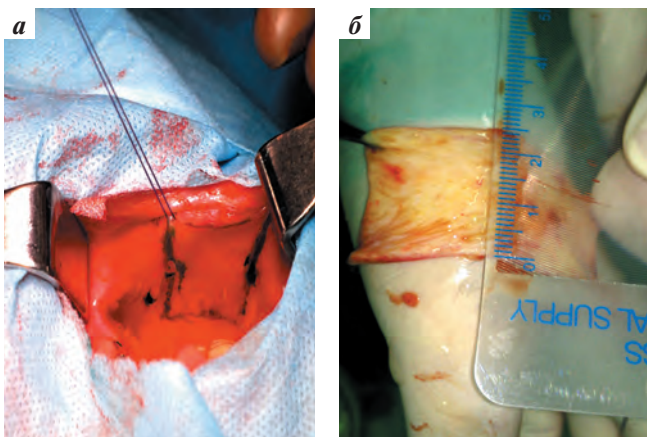


Рис. 5. Выделение трансплантата: точкой отмечен проток околоушной железы (а), прямоугольником – границы графта; буккальный графт (б)

«мерседеса» по боковым поверхностям кавернозных тел. С учетом того, что основную часть деформаций составляют дорсальные искривления, основанием треугольника разреза является спонгиозное тело. При наличии бокового компонента к дорсальному или вентральному искривлению угол рассечения на пораженной (вогнутой) стороне становится большим к выпуклой стороне, от точки сужения (рис. 3). Далее рассекают бляшку, проводят тракцию члена и замеряют дефект белочной оболочки (рис. 4).

Следующий этап – получение графта. Проводится обработка операционного поля соответствующей половины лица, избегая попадания в носовую полость и глаз, ротоглотку. Ротовая полость растягивается крючками Фарабефа, затем к корню языка устанавливается большая салфетка, отграничивающая область забора. Внутреннюю поверхность щеки обрабатывают раствором антисептика, одновременно определяя локализацию отверстия протока околоушной железы (уровень верхнего 2-го премоляра). Границы забора трансплантата должны соответствовать размеру дефекта (рис. 5). Дистальным краем забора является 1,0–1,5 см до небных дужек. На наружные (проксимальные) углы трансплантата накладываются швы-держалки. После определения разметок и наложения швов-держалок проводится гидропрепаровка трансплантата раствором адреналина в разведении 1:100 000. Далее скальпелем проводят разрезы по намеченным границам гидропрепарированного трансплантата и приступают к последующему отделению от подлежащего мышечного слоя. После получения графта (трансплантата) приступают к его подготовке. Подготовка заключается в тщательном его очищении от жировой и мышечной ткани до собственной пластинки.

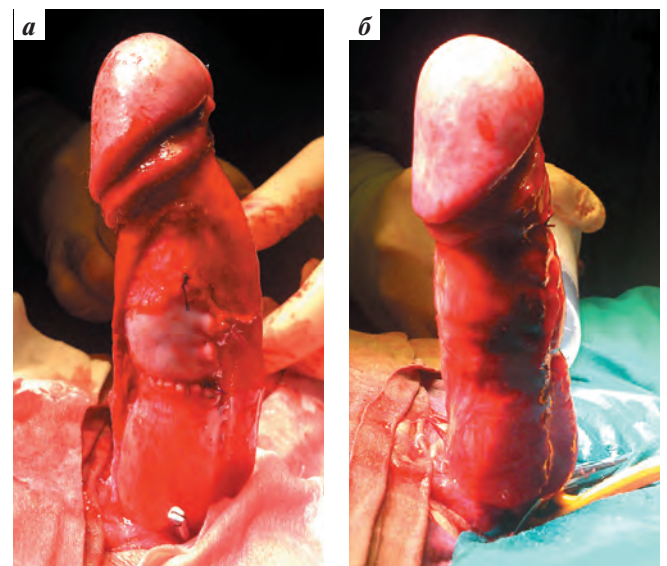


Рис. 6. Окончательный вид: после замещения дефекта белочной оболочки (а); после восстановления сосудисто-нервного пучка (б)



Среднестатистическое время забора составляет 20–40 мин. Помощь 2-й бригады хирургов для забора графта (трансплантата) сокращает время операции в целом.

Третий этап – непосредственно графтинг (заместительная корпоропластика), целью которого является имплантация и фиксация трансплантата слизистой оболочки щеки. Как правило, фиксация графта не вызывает особых технических сложностей. Использование непрерывного шва нитью PDS 5/0 по периметру прямоугольника обеспечивает адекватное герметичное расположение графта. После фиксации графта повторно прибегают к искусственной эрекции для определения герметичности и оценки степени выпрямления

полового члена. При имеющейся остаточной девиации можно наложить пликационные швы на противоположной от искривления стороне.

Итоговым этапом является восстановление всех слоев полового члена с тщательным гемостазом и наложением тугой фиксирующей повязки. Экстубация больного проводится на операционном столе. Марлевый тампон из ротовой полости удаляется в первые 2 ч после операции, на 2–3 ч на щеку накладывается холодная «грелка».

Данная методика является, на наш взгляд, наиболее обоснованной как с точки зрения выбора «идеального» графта, косметологических результатов, так и с экономической точки зрения.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Kadioglu A., Akman T., Sanli O. et al. Surgical treatment of Peyronie's disease: a critical analysis. *Eur Urol* 2006;50: 235–48.

2. Carson C.C., Levine L.A. Outcomes of surgical treatment of Peyronie's disease. *BJU Int* 2014;113(5):704–13.

3. Egydio P. H., Lucon A.M. ArapS. A single

relaxing incision to correct different types of penile curvature: surgical technique based on geometrical principles. *BJU Int* 2004; 94(7):1147–57.