

Клиническое наблюдение изолированного элефантиазиса полового члена

В.В. Михайличенко, В.Н. Фесенко

*Кафедра урологии ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова»
Минздрава России, Санкт-Петербург*

Контакты: Владимир Васильевич Михайличенко taro_urology@mail.ru

Представлено клиническое наблюдение успешного хирургического лечения изолированного элефантиазиса полового члена замещением удаленных патологических тканей лоскутом мошонки.

Ключевые слова: *слоновость, лимфатическая система, хирургическое лечение*

Clinical observation of isolated elephantiasis of the penis

V.V. Mikhailichenko, V.N. Fesenko

Department of Urology, I.I. Mechnikov North-Western State Medical University, Ministry of Health of Russia, Saint Petersburg

The article presents a case of successful surgical treatment of isolated elephantiasis penis replacement remote pathological tissue graft scrotum.

Key words: *elephantiasis, lymphatic system, surgical treatment*

Слоновость (элефантиазис, лимфедема) – это хроническое заболевание, обусловленное нарушением дренажной функции лимфатической системы, приводящее к отеку кожи, подкожной клетчатки, межточной ткани, с постепенным вовлечением в патологический процесс венозных, артериальных сосудов с нарушением трофики и развитием необратимых фиброзно-склеротических изменений кожи [1, 2].

Чаще слоновость развивается на конечностях и значительно реже встречается слоновость наружных половых органов. Существует врожденная (первичная) и приобретенная (вторичная) формы слоновости. Врожденная слоновость обусловлена аномалией развития лимфатической системы. Приобретенная форма является следствием причин, приводящих к обструкции лимфатических сосудов и воспалительно-дистрофическим процессам в коже и подкожной клетчатке (оперативное вмешательство с повреждением лимфатических сосудов, лучевая терапия, местная инфекция, опухолевое и паразитарное поражение лимфатических сосудов и др.) [3].

Особенностью патологического процесса при слоновости наружных половых органов является то, что в патологический процесс не вовлекаются кавернозные тела, мочеиспускательный канал, яички с придатками.

Больные слоновостью половых органов жалуются на наличие косметического дефекта, нарушение функции половых органов, снижение качества жизни.

Консервативное лечение малоэффективно, оно в основном направлено на ликвидацию инфекции и применяется как метод предоперационной подготовки и послеоперационной профилактики осложнений. Эффективным является хирургическое лечение, направленное на удаление пораженной кожи с последующим замещением ее различными методами кожной пластики [4–6].

Представленное наблюдение позволяет продемонстрировать результат успешного оперативного лечения изолированного элефантиазиса полового члена скротальным лоскутом.

Клиническое наблюдение

Пациент К., 49 лет, поступил в отделение урологии Александровской больницы Санкт-Петербурга 9 марта 2010 г. в плановом порядке для оперативного лечения по поводу слоновости полового члена. Предъявляет жалобы на значительное увеличение полового члена, трудности с его сокрытием, дискомфорт при мочеиспускании (моча истекает из гипертрофированной крайней плоти). В последние 2 нед присоединилось ощущение жжения и зуда в головке. Не женат. Начало заболевания связывает с воспалением кожных покровов полового члена, которое возникло 5 лет назад, после расчесов, возможно из-за укуса насекомого. С тех пор размеры полового члена постепенно увеличивались. У основания полового члена отмечается значительное увеличение объема за счет отека и уплотнения его кожных покровов, которые распространяются дистально на крайнюю плоть, значительно увеличивая ее длину (рис. 1).



Рис. 1. Элефантиазис полового члена

При осмотре наружные половые органы развиты правильно. Кожные покровы мошонки и основания полового члена не изменены. В мошонке определяются нормальных размеров оба яичка с придатками и семявыносящими протоками без патологических образований (рис. 2). Учитывая полностью сохранившуюся кожу мошонки, решено осуществить двухэтапную пластику кожи полового члена кожей мошонки.

Клинико-лабораторное обследование не выявило противопоказаний для выполнения оперативного вмешательства. Первый этап операции выполнен 10 марта 2010 г. Под общим обезболиванием произведено иссечение пораженной кожи с пластикой кожных покровов полового члена кожей мошонки.

Методика операции

Продольно по дорсальной поверхности рассечена измененная кожа крайней плоти до венечной борозды. Далее произведены круговые разрезы неизменной кожи у основания полового члена и на внутреннем листке крайней плоти, венечной борозде.



Рис. 2. Неизменная мошонка

Тупо и остро измененная кожа отсепарирована до фасции Бака и удалена. Вес удаленных тканей составил 430 г. В дне мошонки произведен разрез и тупо проделан тоннель, куда погружен скальпированный половой член. Головка полового члена выведена через разрез в дне мошонки, края крайней плоти вдоль венечной борозды подшиты к коже разреза на мошонке. Рана у основания мошонки ушита узловыми швами.

Пациент выписан на 9-е сутки после операции.

Второй этап оперативного вмешательства выполнен 25 мая 2010 г. Произведена операция формирования кожных покровов полового члена из кожи мошонки.

Методика операции

Двумя параллельными разрезами на мошонке с учетом толщины кавернозных тел от основания погруженного полового члена до головки, окаймляя ее снизу, сформирован



Рис. 3. Внешний вид после операции

кожный лоскут. Края лоскута сшиты на вентральной поверхности пениса. Дефект мошонки ушит узловыми швами. Послеоперационный период протекал без осложнений. Срок наблюдения за пациентом после 2-го этапа составил 4 мес. Рецидива заболевания не отмечено (рис. 3). Пациент удовлетворен результатами. Отмечает появление ночных эрекций.

Заключение

Особенностью данного наблюдения является редкая форма изолированного элефантиазиса полового члена с сохраненными кожными покровами мошонки, что послужило основанием для замещения пораженных тканей полового члена скротальным лоскутом. Успешная двухэтапная пластическая операция по восстановлению кожных покровов полового члена кожным лоскутом мошонки привела к выздоровлению и восстановлению эректильной функции.



Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Лопаткин Н.А. Руководство по урологии. М.: Медицина, 1998.
2. Бавильский В.Ф., Плаксин О.Ф., Пискунов В.А., Суворов А.В. Слоновость наружных половых органов у мужчин. Урология 1999;5:31–3.
3. Избранные лекции по урологии под ред. Н.А. Лопаткина, А.Г. Мартова. М.: МИА, 2008. С. 560–573.
4. Миланов Н.О., Адамян Р.Т., Старцева О.И. Возможности восстановительной микрохирургии в лечении лимфангиоматоза мошонки и полового члена. Клиническое наблюдение. Андрол и генит хир 2004;4:48–50.
5. Курбатов Д.Г., Дубский С.А., Лепетухин А.Е. и др. Способ лечения элифантиазиса мошонки свободным аутодермальным лоскутом. Клиническое наблюдение. Андрол и генит хир 2012;3:107–9.
6. Михайличенко В.В., Фесенко В.Н., Вавилов В.Н. и др. Реконструктивная пластика половых органов при травматических повреждениях. Вестн Санкт-Петербургской мед акад последипл образов 2011;3(3):24–30.