

НОВЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ

УДК 617-089.844

МЕТОД АУГМЕНТАЦИОННОГО ФАЛЛОЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ С ПОМОЩЬЮ ОБОЛОЧЕЧНЫХ СИЛИКОНОВЫХ ИМПЛАНТАТОВ

Адамян Р.Т.^{1,2}, Гуляев И.В.², Истратов А.Л.²

¹Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова,
Московский научно-образовательный центр, Москва

²Первый Московский государственный медицинский университет
им. И.М.Сеченова, научно-исследовательский отдел пластической хирургии
научно-исследовательского центра, Москва

119192, Ломоносовский проспект, д.27, корп.10, тел. (916) 408 78 87

Эл.почта: rtadamyan@gmail.com, dr.gulyaev@hotmail.com, plasticsurgeon@yandex.ru

Резюме. До настоящего момента подавляющее большинство методов утолщения полового члена основано на использовании собственных тканей пациента. Методы с использованием синтетических аутотрансплантатов зачастую либо неэффективны, либо сопровождаются большим количеством осложнений. В статье предложена методика утолщения полового члена с помощью специально разработанных оболочечных силиконовых имплантатов. Во время операции силиконовые оболочечные имплантаты располагают под фасцией Бака в предварительно сформированных каналах. Такое расположение эндопротезов препятствует их смещению. В настоящий момент выполнено 15 подобных операций. Абсолютное большинство пациентов довольны результатом. Уникальность представленного метода заключается в простоте исполнения, высокой эффективности и малой травматичности с минимальным реабилитационным периодом. Методика может быть рекомендована для выполнения пластическим хирургам и урологам.

Ключевые слова: половой член, утолщение, увеличение, силиконовый имплантат, фасция Бака.

PENIS ENLARGEMENT USING SILICONE SHELL IMPLANTS

Adamyan R.T.^{1,2}, Gulyaev I.V.², Istratov A.L.²

¹Lomonosov Moscow state university, Medical Education center, Moscow

²Sechenov First Moscow state medical university,
Plastic surgery Scientific department, Moscow

Abstract. To date, the vast majority of penis thickening techniques based on the patient's own tissue. Methods with synthetic autotransplants are often inefficient, or accompanied by a large number of complications. In the article the technique of thickening the penis using specially designed enveloped silicone implants is described. During the procedure, silicone shell implants are inserted under the Buck's fascia in the previously prepared tunnels. This placement of implants prevents their offset. At the moment, 15 operations is made successfully. The absolute majority of the patients are satisfied with the result. The uniqueness of the presented method is ease of perfor-

mance, high efficiency with minimal rehabilitation period. The technique can be recommended for plastic surgeons and urologists.

Key words: *penile augmentation; penile enlargement; silicone implant; Buck's fascia.*

На сегодняшний день большинство существующих методов утолщения полового члена так или иначе основано на увеличении его объема собственными тканями – кожно-жировыми, фасциальными или мышечными лоскутами. Спектр используемых лоскутов достаточно широк: от ротированных лоскутов передне-боковых отделов живота (т.н. паховые лоскуты) до сложнейших микрохирургических пересадок свободных кожных или фасциальных аутоотрансплантатов [1, 2]

Все эти методики технически сложны в применении, и в послеоперационном периоде пациенту предстоят недели, а иногда и месяцы реабилитации. Кроме того, эти операции достаточно травматичны: после забора лоскутов остаются заметные рубцы, которые не всегда удастся скрыть под одеждой. Что касается результатов операции, далеко не всегда возможно предсказать, какова будет окончательная толщина полового члена, поскольку ткани, используемые для его утолщения, в первые 6 месяцев после операции могут значительно уменьшиться в объеме. Также, в результате непрогнозируемых процессов рубцевания, возможна контракция (сокращение размеров) полового члена, что может привести к уменьшению его длины и искривлению [3, 4]

Что касается инъекционных методов утолщения полового члена различными биodeградирующими филлерами (в первую очередь, препараты на основе гиалуроновой кислоты), которые до сих пор активно практикуются в эстетической хирургии полового члена, – эти методы просты в применении и относительно безопасны. Однако в большинстве случаев, несмотря на немедленное получение хорошего косметического результата, в долгосрочной перспективе эффект от таких процедур непродолжителен.

Также до сих пор в своей практике мы встречаем пациентов, перенесших введение в ткани полового члена с целью аугментации нерассасывающихся филлеров (ПААГ, вазелиновое масло и т.д.). Введение таких препаратов пред-

ставляет прямую угрозу для здоровья пациентов, поскольку поведение их в тканях непрогнозируемо. Безоболочечный филлер легко может мигрировать в соседние анатомические области, а инфицирование такой инородной субстанции может вызвать катастрофические последствия, вплоть до флегмоны тканей полового члена и его полной утраты [5].

Определенный интерес представляет методика аугментации полового члена с помощью собственного (аутологичного) жира. Жировой аутоотрансплантат достаточно легко забирается и также легко моделируется при введении в ткани полового члена. Однако такой аутоотрансплантат может прижиться не полностью, часть его может фиброзироваться, вызывая деформацию полового члена.

Все эти факты, в том числе и отсутствие безопасной и прогнозируемой методики утолщения полового члена, привели нас к поиску «идеального эндопротеза». Основываясь на многолетнем опыте использования силиконовых эндопротезов для аугментации молочных желез, мы пришли к выводу, что такой эндопротез должен быть синтетическим, чтобы не подвергать пациента забору лоскута, должен обладать свойствами филлера (эластичность, мягкость), но при этом должен быть заключен в оболочку. Также непременным условием должна быть стабильная фиксация эндопротеза в тканях.

В литературе мы часто встречали упоминание о попытках имплантации под кожу полового члена различных твердых имплантатов: силиконовые пластины, сетки и т.д. Однако большинство таких попыток заканчивалось миграцией такого имплантата, иногда с последующим его инфицированием [6, 7]. Основной причиной дислокации имплантатов в таких случаях можно считать размещение их под кожей полового члена, тогда как для стабильной фиксации необходимо размещение под более ригидной фасциальной структурой. Для полового члена такой структурой является фасция Бака (рис.1), состоящая из глубокого и поверхностного листков. Фасция Бака, начинаясь от венечной борозды, покрывает кавернозные тела и уретру и проксимально продолжается в поддерживающую связку полового члена и крепится к подвздошным костям таза [4].

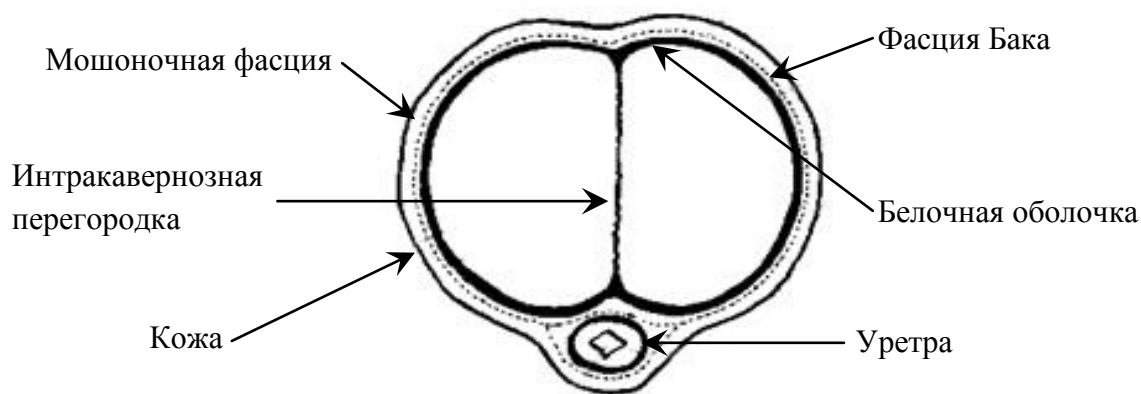


Рис. 1. Послойная анатомия полового члена

С целью аугментации полового члена мы разработали специальный силиконовый имплантат. Имплантат представляет собой когезивный гель, заключенный в силиконовую оболочку (рис. 2, 3). Размер, выбранный нами для аугментации полового члена, составляет от 6 до 12 см в длину и 2 см в толщину в максимально широкой части.



Рис. 2. Пример имплантата

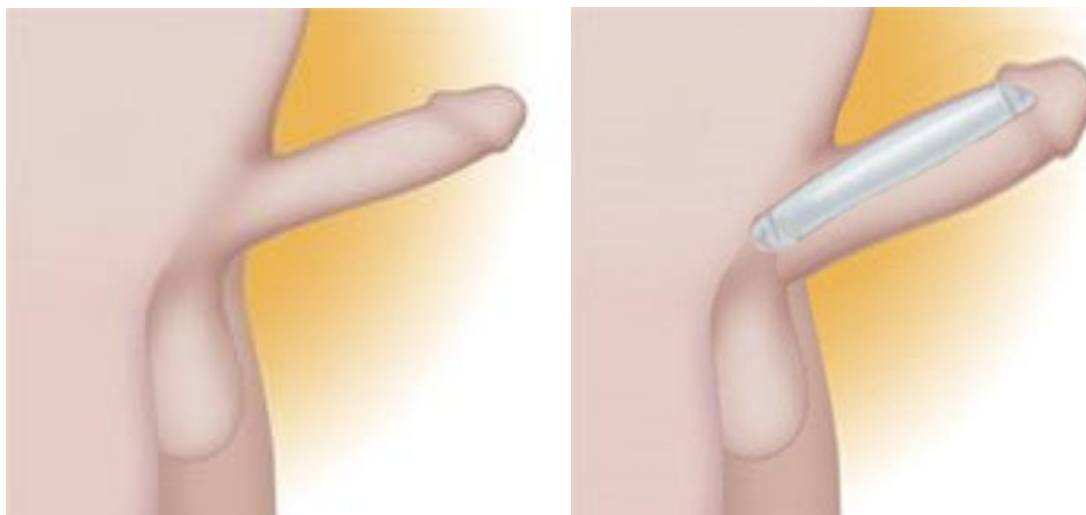


Рис. 3. Схема операции

Основными условиями успешной операции являются формирование адекватного субфасциального кармана для эндопротеза и использование специально разработанного инструментария для его установки. Операция выполняется под спинномозговой или общей анестезией. На боковой поверхности полового члена в области венечной борозды выполняем разрез длиной до 2,5-3 см (рис.4). Данную



Рис. 4. Разрез на венечной борозде

операцию возможно также совмещать с циркумцизио, используя для размещения эндопротезов циркулярный разрез. Обнажаем дистальное прикрепление фасции Бака к венечной борозде. Тупым путем на боковых поверхностях полового члена под фасцией Бака формируем параллельные изолированные каналы до корня полового члена, в соответствии с выбранной длиной имплантатов (рис.5).

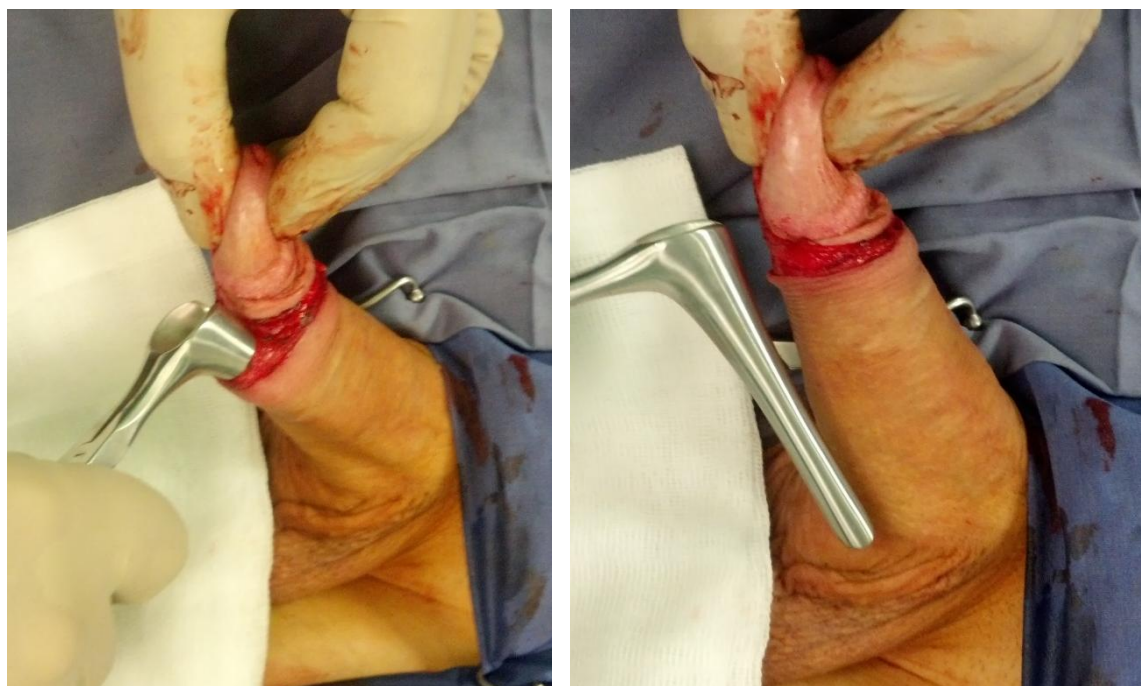


Рис.5. Формирование ложа для эндопротеза под фасцией Бака

Далее размещаем эндопротезы в полученных пространствах и послойно ушиваем раны (рис.6).



Рис.6. Размещение эндопротеза

При необходимости для исключения возможной дислокации можно фиксировать эндопротезы к белочной оболочке полового члена, для чего на поверхности эндопротеза предусмотрен специальный фиксатор. Операция завершается умеренным компрессионным бинтованием полового члена с целью профилактики послеоперационного кровотечения и дислокации имплантата.

Стационарный период после операции не превышает 1 суток. Основным ограничением является половой покой в течение 1,5-2 месяцев после операции. В результате операции достигается увеличение толщины полового члена до 50-70%.

Клиническое наблюдение: Пациент Г., 39 лет. В 2010 г. пациент перенес утолщение полового члена ротированными деэпидермизированными кожно-жировыми аутотрансплантатами из области паховых складок (паховые лоскуты). Через 1-1,5 года после операции пациент отметил искривление полового члена, а также уменьшение первоначального объема ротированных аутотрансплантатов, в результате чего посчитал получившуюся толщину полового члена неудовлетворительной. Повторно обратился в 2013 г. с целью коррекции искривления полового члена и утолщения.

Объективно: Окружность полового члена в покое у корня до 12 см (диаметр до 3,8 см), в области венечной борозды окружность 10 см (диаметр до 3,1 см). В эрегированном состоянии длина полового члена до 15 см., отмечается умеренная девиация полового члена вправо за счет контракции ранее ротированных паховых лоскутов. Окружность полового члена у корня до 14 см.

(диаметр до 5 см), в области тела полового члена и у венечной борозды окружность до 12,5 см (диаметр до 4 см). В связи с деформацией полового члена и неудовлетворяющими пациента результатами предложено аугментационное фаллоэндопротезирование двумя силиконовыми эндопротезами объемом 12,5 мл.

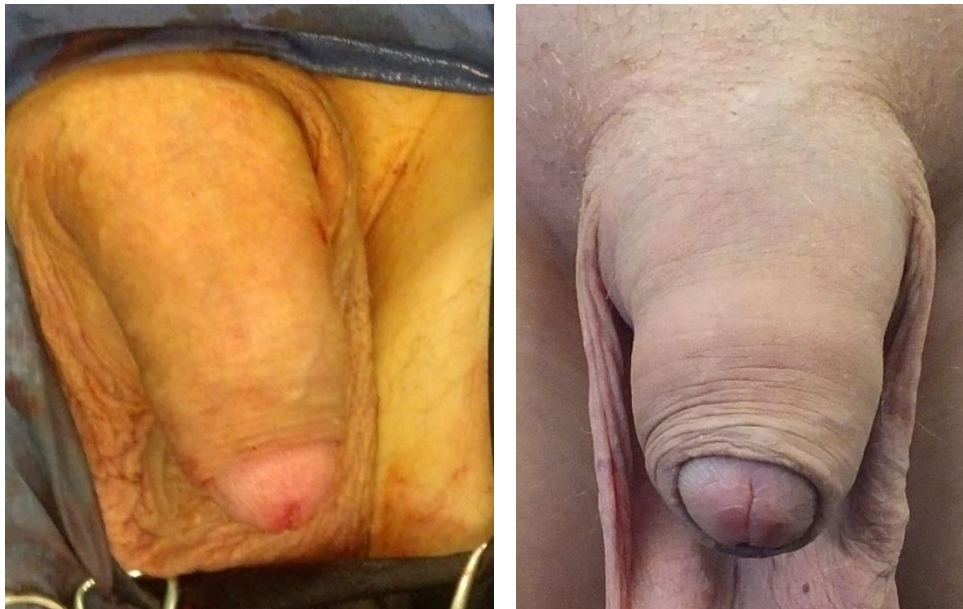


Рис.7. Пациент Г., 39 лет, до и через 1 месяц после операции

Пациент полностью удовлетворен результатами проведенной операции. По истечении года после операции отмечает улучшение качества интимной жизни.

К настоящему моменту нами выполнено 15 операций по аугментации полового члена с помощью описанной техники. 13 пациентов полностью удовлетворены результатами операции. В 2 наблюдениях эндопротезы были удалены, один из них – в связи с инфицированием, второй – по желанию пациента.

Таким образом:

- Метод аугментационного эндопротезирования – это максимально эффективный, абсолютно безопасный и удобный способ увеличения полового члена.
- Метод не имеет специфических противопоказаний.
- Операция не требует специальной подготовки. Пребывание в стационаре – до 1 суток.
- Операция не влияет на эректильную и репродуктивную функции.

- Достигается утолщение полового члена до 50-70%.
- Реабилитационный период занимает до 2-3 недель.
- Половая жизнь возможна через 1,5-2 мес после операции.
- Удаление эндопротеза по медицинским показаниям или по желанию пациента – простая процедура, которая может быть выполнена под местной анестезией и не влечет за собой неблагоприятных последствий.

Литература

1. Молоков, Ю.М. Хирургическое лечение синдрома малого полового члена и его профилактики при реконструктивных операциях. /Ю.М.Молоков// Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. – Тюмень. - 2006.
2. Щеплев, П.А. Малый половой член. Методы коррекции./ П.А.Щеплев, Д.Г.Курбатов.// М.: ООО «Издательство «РОСМЭН-ПРЕСС», 2002, - 192с.
3. Карибеков Т.С. Микрохирургическая аутоотрансплантация тканей в лечении заболеваний и последствий травм уrogenитальной области./ Т.С.Карибеков.//Автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук, - Москва, - 2006.
4. Михайлов, А.Г. Опыт хирургического увеличения размеров полового члена. /А.Г.Михайлов, А.В.Лебединец.// Андрология и генитальная хирургия, - 2007, - №3, с. 18-20.
5. Адамян, Р.Т. Устранение проблемных ситуаций в пластической хирургии уrogenитальной области после фаллопластики ТДЛ при помощи паховых ротированных лоскутов. /Р.Т.Адамян, А.Л.Истранов, Е.Е.Васильева, Н.Д.Кучба.// Экспериментальная и клиническая урология. – 2012. - №4. - с.44-47.
6. Carson, C.C. Initial success with AMS 700 series inflatable penile prosthesis with Inhibizone antibiotic surface treatment: a retrospective review of revision cases incidence and comparative results versus non-treated devices. / C.C. Carson //J. Urol. – 2004. – Vol.171. – p. S894.

7. Lash, H. Silicone implant for impotence. /H.Lash // J. Urol. – 1968. – Vol.100. – p.709.
8. Курбатов, Д.Г. Эндоскопическое увеличение полового члена. /Д.Г.Курбатов. // Андрология и генитальная хирургия. – 2002. – №2. С. 76-78.
9. Люлько, А. Основы хирургической андрологии/А. Люлько, Н. Минков, Д.Цветков. // Киев.– 1993.– С. 76-162.
10. Bernal, R.M. Contemporary Patient Satisfaction Rates for Three-Piece Inflatable Penile Protheses. /R.M.Bernal, G.D.Henry// Advances in Urology. - 2012. - Vol.2012. - Article ID 707321. - 5 p. - doi:10.1155/2012/707321.
11. Subrini, L. Flexible penile implants in the restoration of erectile function. / L.Subrini //Ann. Urol. (Paris) – 1993. – Vol.27. – p.183-191.

Дата поступления статьи в редакцию: 24.03.2016

— ✧ —