

Корсетная пластика мышцы в неофаллосе с применением эндопротеза-сетки

В.В. Михайличенко, В.Н. Фесенко, А.И. Новиков, О.А. Муртазаалиев

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

Контакты: Владимир Васильевич Михайличенко tarourology@mail.ru

При фаллопластике торакодорсальным лоскутом восстановление сократительной способности мышечной основы неофаллоса может приводить к его укорочению, препятствующему интроекции.

Для ликвидации деформации и укорочения неофаллоса предлагается способ корсетной пластики его мышцы, отличающийся тем, что в качестве корсета вместо широкой фасции бедра используется аллопластический материал — эндопротез-сетка эсфил. Предложенный способ уменьшает травматичность оперативного вмешательства, улучшает функциональные характеристики неофаллоса и ускоряет сексуальную реабилитацию.

Ключевые слова: фаллопластика, мышца неофаллоса, корсетная пластика

Corset neophallic musculoplasty with a mesh endoprosthesis

V.V. Mikhailichenko, V.N. Fesenko, A.I. Novikov, O.A. Murtazaaliev

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

During thoracodorsal flap phalloplasty, recovered contractility of the muscular base of the neophallus may lead to its shortening that impedes introjection.

To eliminate deformity and shortening of the neophallus, the authors propose the procedure of corset plasty of its muscle, which differs in that the alloplastic material — esfil mesh endoprosthesis, is used as a corset instead of fascia latum of the hip. The proposed procedure reduces surgical trauma, improves the functional characteristics of the neophallus, and accelerates sexual rehabilitation.

Key words: phalloplasty, neophallic muscle, corset plasty

Введение

Одним из способов неофаллопластики при посттравматической утрате полового члена, а также у транссексуалов является использование торакодорсального лоскута.

Методика фаллопластики торакодорсальным лоскутом была разработана и применена Р.Т. Адамяном [1].

Способ, включающий кожу торакодорсальной области и широчайшую мышцу спины, позволяет формировать неофаллос достаточных размеров. В состав сосудистой ножки кроме торакодорсальных артерий и вен входит двигательный торакодорсальный нерв, что обеспечивает не только реваскуляризацию неофаллоса за счет нижних эпигастральных сосудов, но и реиннервацию мышечной основы лоскута двигательной ветвью запирающего нерва.

Применение торакодорсального лоскута при фаллопластике позволяет сформировать достаточного объема и длины неофаллос с осевым кровоснабжением, а также дает возможность пациентам произвольно

сокращать мышцу неофаллоса, создавая имитацию эрекции, обеспечивающую достаточную жесткость, необходимую для интроекции [2].

Реиннервация мышцы неофаллоса обычно наступает через 4–6 мес и даже в течение года. В основном при постоянной тренировке пациенты добиваются достаточной ригидности неофаллоса, обеспечивающей проведение полового акта. Если напряжение неофаллоса не удовлетворяет пациентов, то усиление тургора достигается за счет эндонеофаллопротезирования. Однако при сокращении мышцы у 2–3 % пациентов наблюдается деформация и значительное укорочение неофаллоса, приводящее к невозможности осуществления интроекции. Для улучшения функции неофаллоса Н.О. Милановым и соавт. предложена операция каркасной фасциопластики мышцы неофаллоса [3].

Операция заключается в укутывании фрагментом широкой фасции бедра циркулярно мобилизованной мышцы неофаллоса. Таким образом формируется фасциальный футляр, который препятствует утолщению неофаллоса и увеличивает его ригидность.

Однако при каркасной фасциопластике мышцы неофаллоса указанным способом необходимо произвести дополнительное оперативное вмешательство на бедре с выделением фрагмента широкой фасции бедра с последующей пластикой дефекта широкой фасции и ушиванием раны. Использование широкой фасции бедра в качестве корсета мышцы неофаллоса не всегда обеспечивает достаточную ригидность, что затрудняет интроекцию и осуществление полового акта, ухудшает сексуальную и социальную адаптацию.

Предложен способ, снижающий травматичность и сокращающий время оперативного вмешательства путем исключения операции, связанной с выделением фрагмента широкой фасции бедра, а для ликвидации деформации и создания ригидности неофаллоса в качестве корсета мышцы используется полипропиленовая сетка.

При создании корсета неофаллоса использовался эндопротез-сетка эсфил, изготовленный из биологически инертной нерассасывающейся полипропиленовой мононити, применяемый для хирургического лечения грыж различных локализаций. Одним из показаний к применению эндопротеза является пластика мягких тканей.

Методика операции

Операция проводится в положении пациента на спине. По средней линии вентральной поверхности неофаллоса производится разрез кожи с подкожной клетчаткой. Циркулярно тупым и острым путем выделяется мышца неофаллоса с сохранением связей между мышцей и тканями лобковой области в проксимальной части и мышцы неофаллоса с кожей в дистальном отделе. Соответственно диаметру и длине мобилизованной мышцы выкраивают фрагмент полипропиленовой сетки, которым циркулярно укутывают мышцу и сшивают над ней нерассасывающимися швами. Рану ушивают послойно. Таким образом, формируется тугой футляр, препятствующий деформации и утолщению, а также создается достаточная ригидность неофаллоса при сокращении мышцы, что значительно повышает его функциональные возможности при интроекции, исключает необходимость в неофаллопротезировании и ускоряет сексуальную и социальную реабилитацию. При этом исключается оперативное вмешательство по выделению фрагмента широкой фасции бедра, что уменьшает травматичность и ускоряет выписку из стационара.

Клиническое наблюдение

Пациент А., 29 лет. Находился под наблюдением с 2002 г., прошел медико-юридическую экспертизу по поводу транссексуализма по FtM-типу (female to male). После смены паспортного пола выполнены маскулини-



Рис. 1. Шаровидное утолщение неофаллоса при сокращении мышечной основы

рующая маммопластика (2004 г.), пангистерэктомия (2005 г.).

В апреле 2006 г. выполнена одномоментная фаллопластика торакодорсальным лоскутом, сокращение мышечной основы неофаллоса восстановилось через 5 мес после операции. Пациент прошел успешную социальную адаптацию: закончил университет, получил работу менеджера в торговой компании. Однако при попытке установить сексуальные отношения отметил, что при сокращении мышечной основы возникает чрезмерное утолщение и укорочение реконструированного органа. Это создавало серьезные эстетические проблемы у пациента, затрудняло адекватную сексуальную и дальнейшую социальную реабилитацию.

При осмотре патологических изменений в неофаллосе не обнаружено, но при его напряжении возникало утолщение, которое имело шаровидную форму (рис. 1).

Для ликвидации косметического дефекта и улучшения пенетрационной функции неофаллоса пациенту 6 февраля 2009 г. выполнена операция корсетной пластики мышцы неофаллоса.

Методика операции корсетной пластики мышцы неофаллоса с применением эндопротеза-сетки

Оперативное вмешательство заключалось в укутывании циркулярно мобилизованной мышцы неофаллоса полипропиленовой сеткой. С этой целью разрезом по вентральной поверхности неофаллоса вне проекции его сосудистой ножки выполнялась мобилизация мышечной основы лоскута (рис. 2). Между мышцей и ко-

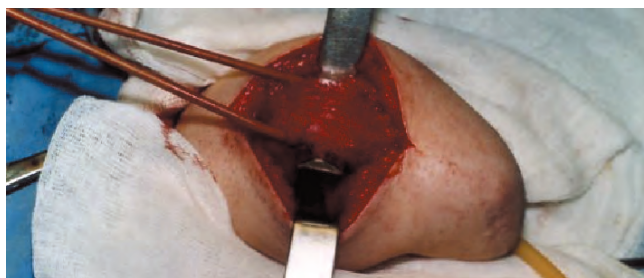


Рис. 2. Мобилизация мышечной основы неофаллоса

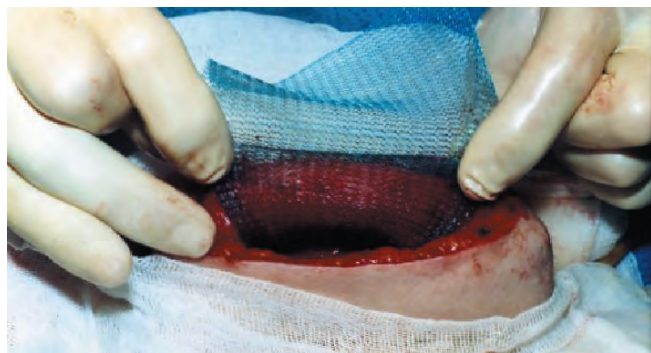


Рис. 3. Этап моделирования фрагмента полипропиленовой сетки



Рис. 4. Корсет для мышцы неофаллоса

жей неофаллоса оставались анатомические связи у его основания и на головке. Затем мышца укутывалась полипропиленовой сеткой с последующей ее фиксацией к мышце (рис. 3). Накладывались швы на рану.

Таким образом, был образован тугий искусственный корсет вокруг мышцы, который не только препятствовал деформации и укорочению неофаллоса, но и увеличил его ригидность (рис. 4).



Рис. 5. Отдаленный результат после корсетной пластики мышцы неофаллоса

Послеоперационный период протекал без осложнений. При осмотре через 6 нед деформация при напряжении мышцы неофаллоса отсутствует (рис. 5). Через 8 нед пациент успешно осуществил половой акт. При контрольном посещении через год пациент сообщил, что имеет сексуальную партнершу, планирует создать семью.

Заключение

Таким образом, предложенный способ создания корсета для мышцы неофаллоса исключает дополнительную травму, связанную с выкраиванием лоскута широкой фасции бедра. А использование полипропиленовой сетки эсфил для корсетной пластики ликвидирует деформацию, создает достаточную ригидность и улучшает функциональные характеристики неофаллоса, оптимизируя сроки сексуальной реабилитации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адамян Р.Т., Миланов Н.О., Зелянин А.О. Микрохирургическая коррекция пола при транссексуализме. *Анн НЦХ РАМН* 1994;3:15–21.
2. Адамян Р.Т. Пластическая и реконструктивная микрохирургия в лечении транссексуализма. Дис. ... д-ра мед. наук. М., 1996.
3. Миланов Н.О., Адамян Р.Т., Козлов Г.И. Коррекция пола при транссексуализме. М., 1999. 151 с.