

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

УДК 616-64

© Коллектив авторов, 2017

М.М. Сокольщик¹, П.С. Кызласов¹, Д.А. Мазуренко¹, А.А. Кажера¹, Д.В. Фирсова²
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ФОРМИРОВАНИЯ НЕОФАЛЛОСА
ИЗ ТОРАКОДОРСАЛЬНОГО ЛОСКУТА У ПАЦИЕНТА С ЭЛЕКТРОТРАВМОЙ
¹*Институт последипломного профессионального образования ФГБУ ГНЦ ФМБЦ*
им. А.И. Бурназяна ФМБА России, г. Москва
²*ФГАУ «Лечебно-реабилитационный центр» Минздрава России, г. Москва*

По статистике частота производственных травм от электрического тока в мире составляет около 2,5 %. Из них только пятую часть электротравм составляют травмы, вызванные постоянным током. Воздействие постоянного тока на человека вызывает более тяжёлые повреждения. В данной статье представлен клинический случай, описывающий больного с производственной общей электротравмой 3-й степени постоянным током более 1000 В, которому была выполнена фаллопластика из торокодорсального лоскута.

Ключевые слова: фаллопластика, торокодорсальный лоскут, электротравма, кожная пластика.

М.М. Sokolshchik, P.S. Kyzlasov, D.A. Mazurenko, A.A. Kazhera, D.V. Firsova
CLINICAL CASE OF NEOPHALLUS FORMATION
FROM THORACO-DORSAL FLAP IN A PATIENT WITH ELECTRICAL INJURY

According to statistics, the frequency of injuries from electric current is about 2,5 % in the world. Of them, only 20% of electric injuries are injuries caused by direct current. Direct current can cause more severe injuries in people. This article presents a clinical case of a patient with third degree electric injury caused by direct current over 1000 W, which was performed phalloplasty from torocodorsal flap.

Key words: phalloplasty, torocodorsal flap, electric injury, skin plastic.

По сравнению с другими видами повреждений электротравма имеет небольшой удельный вес, но исходом ее часто бывает смерть или инвалидность. На долю различных видов электротравм приходится 2-2,5% производственных травм во всем мире. Около 80% электротравм обусловлено воздействием переменного тока, главным образом при напряжении 380/220 В и 127 В. Поражения от постоянного тока встречаются значительно реже, но от его воздействия степень поражения выше [1,2].

В течение последних 15 лет в ФГАУ «Лечебно-реабилитационный центр» МЗ прооперировано 4 пациента с электротравмой. В данной статье мы приводим описание последнего случая.

Больной М., 28 лет, в феврале 2017 г. поступил с жалобами на эректильную дисфункцию, отсутствие самостоятельного мочеиспускания, наличие цистостомы, невозможность разведения ног из-за послеоперационных рубцов на промежности.

Из анамнеза известно, что в августе 2016 г. больной получил производственную электротравму 3-й степени постоянным током более 1000 В по электрической петле «левая рука – правая нога». В результате травмы у больного произошло обугливание правой ноги, наблюдались электрометка кожи диаметром 25 см в области грудной клетки слева,

ожоги промежности 3-4-й степеней, ожоги на левой ноге и левой кисти 2-3 степеней. При оказании первой медицинской помощи больному выполнены высокая ампутация ноги до верхней трети бедра, орхэктомия слева, эпицистостомия. При диагностической лапаротомии повреждений внутренних органов не выявлено. В последующем больному проводилось несколько пластических операций аутодермальными лоскутами для закрытия дефектов после ожогов на промежности и правой ноге.

В послеоперационном периоде больной стал отмечать отсутствие спонтанных и адекватных эрекции, резкое снижение чувствительности деформированной головки полового члена, отсутствие самостоятельного мочеиспускания, с момента травмы мочеотведение осуществлялось по цистостоме.

На момент госпитализации при осмотре отмечается: множество послеоперационных рубцов на предплечьях, приводящая рубцовая контрактура первого пальца левой кисти, рубцовый дефект покровных тканей диаметром 25 см в области грудной клетки слева, рубцовые деформации и рубцовый дефект покровных тканей в промежности с отсутствием мошонки, наличием правого яичка под рубцовыми тканями правой паховой области, отсутствие левого яичка, протяженность рубцовых изменений промежности от средней трети тела поло-

вого члена до анального отверстия, послеоперационные рубцы на левой нижней конечности, культя правой ноги (рис. 1).



Рис. 1. Внешний вид больного до операции

При обследовании мочеполовой системы: мочеотведение через цистостому, рубцовые изменения на лобке и промежности. Деформированный половой член с дефектом головки, отсутствие уретры (рис. 2).



Рис. 2. Мочеполовая система до операции (деформация полового члена и головки, отсутствие мошонки)

По данным УЗИ чашечно-лоханочные системы не расширены, пассаж мочи из верхних мочевых путей не нарушен, объем мочевого пузыря 90 мл, конкремент в шейке мочевого пузыря до 2 см. По данным микционной цистуретрографии отмечается облитерация уретры, начинающаяся на уровне бульбозного отдела.

По результатам обследования было принято решение выполнить цистолитотрипсию с интраоперационной диагностикой мочевого пузыря. По данным цистоскопии слизистая мочевого пузыря гиперемирована, отмечается умеренная трабекулярность стенок, устья мочеточников располагаются в атипичных местах на 9 и 3 часах за счет деформации мышечной стенки в области треугольника, максимальный объем мочевого пузыря при напряженном введении – 120 мл.

По результатам ультразвуковой доплерографии (УЗДГ) нижних эпигастральных и бедренных сосудов слева вены и артерии лоцируются на всем протяжении, кровотоков не нарушен.

По данным обследования установлен диагноз: состояние после электротравмы 3-й степени – ампутационная культя верхней трети правого бедра, моноорхия слева, рубцовая деформация с дефектом тканей головки и тела полового члена, эректильная дисфункция, отсутствие пенильного отдела уретры. Цистостома. Микроцистис. Камень в мочевом пузыре. Множественные рубцовые изменения верхних конечностей, грудной клетки, брюшной стенки, левой нижней конечности постожогового и посттрансплантационного характера.

Первым этапом сексуальной реабилитации и создания дальнейших условий для протяженной уретропластики решено сформировать неофаллос, перинеостому и выполнить иссечение рубцовых тканей промежности.

В ходе операции на первом этапе произведены иссечение рубцовых тканей промежности, выделение из рубцов полового члена и яичка. В целях определения уровня сперматогенеза выполнена биопсия единственного яичка. При ревизии установлено, что ножки кавернозных тел смещены влево, отмечается выраженный кавернофиброз (рис. 3).



Рис. 3. Склеротические изменения кавернозных тел (указано стрелкой)

На уровне бульбозного отдела определена конечная облитерация уретры. По стандартным методикам выполнена перинеостомы, в мочевой пузырь установлен уретральный катетер Foley 18Ch (рис. 4,5).

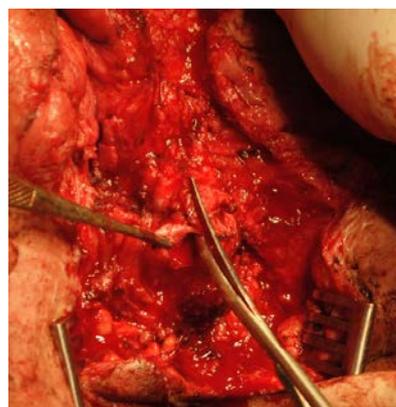


Рис. 4. Неизменная уретра (спатуляция уретры)



Рис.5. Сформированная перинеостома

На втором этапе выполнена микрохирургическая фаллопластика из торакодорсального трансплантата [2]. Сформирована площадка для трансплантата в области собственного полового члена. Для выполнения микроанастомозов с трансплантатом в левой паховой области осуществлен доступ к нижним эпигастральным сосудам (рис. 6).



Рис. 6. Выделение нижних эпигастральных сосудов

Далее справа на грудной клетке после соответствующей разметки (15×14 см) окаймляющими разрезами выделен лоскут с сосудистой ножкой без забора нерва. Торакодорсальная артерия и вена выделены до места впадения в подмышечные сосуды. Без пересечения ножки выполнена тубулизация лоскута с неогланулопластикой (рис. 7, 8).



Рис. 7. Разметка для выделения трансплантата



Рис. 8. Тубулизованный лоскут с сформированной неоголовкой на питающей ножке (сосудистая ножка обозначена стрелкой)

Трансплантат перемещен в область промежности, головка собственного полового члена в целях оставления зоны эротической чувствительности фиксирована к коже неофаллоса в верхней его части (рис. 9).

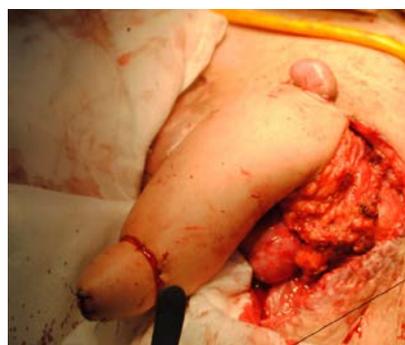


Рис. 9. Фиксированный трансплантат с головкой собственного полового члена в промежности

Формирование микрохирургических анастомозов сосудов трансплантата с нижней эпигастральной артерией и одноименной веной осуществляли по типу «конец в конец» (рис. 10). После запуска кровотока кровообращение в трансплантате было стабильным и отчетливым.



Рис. 10. Микроанастомоз по типу «конец в конец» между эпигастральной артерией и артерией трансплантата

Дефекты покровных тканей промежности, а также левой паховой области укрыты полнокровными перфорированными лоскутами, забранными с брюшной стенки слева (рис. 11).



Рис. 11. Пластика кожными лоскутами дефектов покровных тканей в промежности

Обширный дефект грудной клетки после забора трансплантата ушит встречными кожными лоскутами и ротированным кожно-жировым лоскутом с передней брюшной стенки (рис. 12).

В послеоперационном периоде трансплантат жизнеспособен с отчетливыми проявлениями кожной микроциркуляции, наблюдает-

ся заживление ран. Цистостома удалена. Больной выписан на 15-е сутки после операции.



Рис. 12. Вид дефекта ложа трансплантата после пластики.

Через 6 месяцев больному рекомендован второй этап реконструкции с целью формирования неоуретры, возможно, из лучевого кожно-фасциального трансплантата.

Сведения об авторах статьи:

Соколыщик Михаил Миронович – д.м.н., профессор кафедры урологии и андрологии ИППО ГНЦ ФМБЦ им. А. И. Бурназяна ФМБА России. Адрес: 123098, г. Москва, ул. Маршала Новикова, 23. E-mail: 7203331@gmail.com.

Кызласов Павел Сергеевич – к.м.н., доцент кафедры урологии и андрологии ИППО ГНЦ ФМБЦ им. А. И. Бурназяна ФМБА России. Адрес: 123098, г. Москва, ул. Маршала Новикова, 23. E-mail: dr.kyzlasov@mail.ru.

Мазуренко Денис Александрович – к.м.н., доцент кафедры урологии и андрологии ИППО ГНЦ ФМБЦ им. А. И. Бурназяна ФМБА России. Адрес: 123098, г. Москва, ул. Маршала Новикова, 23. E-mail:uro1@inbox.ru.

Кажера Анастасия Андреевна – ординатор кафедры урологии и андрологии ИППО ГНЦ ФМБЦ им. А. И. Бурназяна ФМБА России. Адрес: 123098, г. Москва, ул. Маршала Новикова, 23. E-mail: Kazhera@inbox.ru.

Фирсова Дарья Васильевна – врач-хирург ФГАУ ЛРЦ МЗ РФ Центр реконструктивной и пластической хирургии. Адрес: 125367, г. Москва, Ивановское шоссе, 3. E-mail: Drfirsova@yandex.ru.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адамян Р.Т. Пластическая и реконструктивная микрохирургия в лечении транссексуализма: автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. – М., 1996. – 32 с.
2. Судебная медицина: учебное пособие для вузов / под ред. А.Ф. Вольнского. – М.: ЮНИТИ-ДАНА, Закон и право, 2000. – 639 с.