

DOI: 10.15825/1995-1191-2022-3-133-138

ДВУХЭТАПНАЯ РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКАЯ ОПЕРАЦИЯ ПО ПОВОДУ ГИГАНТСКОЙ ОЛЕОГРАНУЛЕМЫ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ У ПАЦИЕНТА С ТРАНСПЛАНТИРОВАННОЙ ПОЧКОЙ

Ш.Р. Галеев^{1, 2}, Р.Е. Шульгин^{1, 2}, Ш.Ю. Бижиев¹, Д.М. Гадаборшев¹

¹ Филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр трансплантологии и искусственных органов имени академика В.И. Шумакова» Минздрава России, Волжский, Волгоградская область, Российская Федерация

² ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России, Волгоград, Российская Федерация

В статье представлен клинический случай успешного лечения гигантской олеогранулемы наружных половых органов у пациента с трансплантированной почкой. Представлена актуальность проблемы в связи с не уменьшающимся со временем выявлением новых случаев. Детально описаны и иллюстрированы этапы удаления патологических тканей и реконструктивно-пластического хирургического вмешательства, направленные на восстановление анатомической формы и функционала полового члена. Авторы приходят к выводу о возможности успешного реконструктивно-пластического вмешательства при олеогранулеме полового члена у пациента с терминальной стадией хронической почечной недостаточности, корригированной наличием почечного трансплантата, получающего трехкомпонентную иммуносупрессивную терапию.

Ключевые слова: трансплантация почки, олеогранулема полового члена, реконструктивно-пластическая хирургия.

TWO-STAGE RECONSTRUCTIVE PLASTIC SURGERY FOR GIANT OLEOGRANULOMA OF THE EXTERNAL GENITALIA IN A KIDNEY RECIPIENT

Sh.R. Galeev^{1, 2}, R.E. Shulgin^{1, 2}, S.Yu. Bizhiev¹, D.M. Gadaborshev¹

¹ A branch of Shumakov National Medical Research Center of Transplantology and Artificial Organs, Volzhskiy, Russian Federation

² Volgograd State Medical University, Volgograd, Russian Federation

The paper presents the clinical case of successful treatment of giant oleogranuloma of the external genitalia in a kidney recipient. The relevance of the problem, which has not diminished over time due to identification of new cases, is presented. Stages involving pathological tissue removal and reconstructive plastic surgical intervention to restore the anatomical form and functionality of the penis are described and illustrated in detail. The authors conclude that reconstructive plastic intervention for penile oleogranuloma can be effectively performed in a patient with end-stage chronic renal disease treated via renal transplant and who is receiving triple immunosuppressive therapy.

Keywords: kidney transplantation, oleogranuloma of the penis, reconstructive plastic surgery.

Для корреспонденции: Галеев Шамиль Ринатович. Адрес: 404120, Волгоградская область, Волжский, ул. Генерала Карбышева, д. 86.

Тел. (917) 237-16-50. E-mail: namerec_taoor_su@outlook.com

Corresponding author: Shamil Galeev. Address: 86, Generala Karbysheva str., Volzhskiy, 404120, Russian Federation.

Тел. (917) 237-16-50. E-mail: namerec_taoor_su@outlook.com

ВВЕДЕНИЕ

Ежегодно в России отмечается тенденция к увеличению количества выполняемых операций по трансплантации почки. Несмотря на совершенствование диализных методов лечения, продолжительность и качество жизни у пациентов с трансплантированной почкой остается выше [1]. Увеличение количества наблюдений за пациентами с трансплантированной почкой приводит к выявлению парадоксальных осложнений, возникающих в посттрансплантационном периоде и не описанных ранее в медицинской литературе. Мы приводим клинический случай успешного двухэтапного хирургического лечения гигантской олеогранулемы наружных половых органов у пациента с трансплантированной почкой.

Олеогранулема наружных половых органов у мужчин остается актуальной проблемой современной урологии [2, 6]. Олеогранулема наружных половых органов – патологическое состояние, развивающееся после введения под кожу полового члена маслянистоподобных веществ, представленное каскадом воспалительных и трофических изменений кожно-фасциального покрова [6]. Эти действия проводятся пациентом с целью провоцирования воспалительной реакции на введение инородного агента, развития лимфостаза и последующего увеличения размера полового члена. Введение маслянистоподобных веществ (вазелинового масла, парафина, детского крема, различных мазей) совершается в бытовых условиях, к счастью, как правило, с соблюдением правил асептики. Со временем патологический процесс проявляется воспалительными и трофическими изменениями кожного покрова и фасции полового члена (вследствие подкожного введения вышеназванных маслянистых веществ) и образованием плотных инфильтратов на теле полового члена с последующей рубцовой деформацией половых органов, отеком и болью при эрекции [3, 7]. Олеогранулема полового члена часто осложняется парафимозом, образованием язвенных дефектов и свищей. Диагностика олеогранулемы, как правило, не вызывает затруднений и проводится на основании данных о предшествующем введении под кожу маслянистоподобных веществ, физикального и лучевых методов обследования [4].

В зависимости от распространенности патологического процесса выделяют три стадии заболевания [5]. При первой стадии патологический процесс распространяется на треть поверхности ствола полового члена; при второй – на всю поверхность, а при третьей – процесс переходит на кожу мошонки, промежность и надлобковую область.

Консервативное лечение, как при острой, так и при хронической стадии заболевания, оказывается

малоэффективным. Оперативное лечение является основным и направлено на радикальное удаление грануляционной ткани и отложений введенного инородного агента. Эффективность операции определяется степенью выраженности патологического процесса и наличием осложнений. Наиболее трудными считаются пациенты с третьей стадией олеогранулемы. Основным методом лечения при третьей стадии заболевания является двухэтапная операция Райха–Сапожкова. Описанных случаев олеогранулемы у пациентов, принимающих иммуносупрессивную терапию, в доступной нам литературе не обнаружено.

Цель данной статьи – представить клинический случай пациента с трансплантированной трупной почкой, находящегося на трехкомпонентной иммуносупрессивной терапии, перенесшего двухэтапную реконструктивно-пластическую операцию по поводу гигантской формы олеогранулемы полового члена, мошонки и мягких тканей надлобковой области.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

У пациента Г., 1978 года рождения, в 2010 году диагностирован хронический гломерулонефрит (гистологически не верифицирован) с исходом в нефросклероз, терминальная стадия хронической болезни почек, начата заместительная терапия методом программного гемодиализа. 29 сентября того же года пациенту выполнена аллотрансплантация почки, полученной от посмертного донора, в левую подвздошную область. Из анамнеза также установлено, что в 2008 и 2012 годах самостоятельно ввел в область полового члена суммарно около 25 мл вазелиновой мази. С 2017 года стал отмечать прогрессирующее увеличение объемов мошонки и полового члена за счет плотного инфильтрата. С 2019 года инфильтративное воспаление распространилось на мягкие ткани надлобковой области. Необходимо отметить, что с момента трансплантации пациент наблюдался по месту жительства у врача-нефролога по поводу наличия трансплантированной почки, где проводилась плановая коррекция иммуносупрессивной терапии. От предложенного оперативного лечения все эти годы отказывался.

09.10.2020 г. пациент в плановом порядке поступил в отделение урологии Филиала ФГБУ «НМИЦ ТИО им. ак. В.И. Шумакова» Минздрава России г. Волжский с целью проведения оперативного лечения.

На момент поступления общее состояние пациента удовлетворительное, сознание ясное, активен. Температура тела нормальная. Кожные покровы и видимые слизистые, за исключением патологического очага, физиологической окраски и нормальной

влажности. Дыхание самостоятельное, свободное, гемодинамика стабильная. Самостоятельное мочеиспускание сохранено. Физиологические отправления в норме. Функция почечного трансплантата удовлетворительная, уровень креатинина 115 мкмоль/л. Иммуносупрессивная терапия: метилпреднизолон в дозе 4 мг/сут, такролимус 10 мг/сут, разделенные на два приема, и микофеноловая кислота 1080 мг/сут, разделенная на два приема.

Наружные половые органы сформированы по мужскому типу. Половой член и мошонка резко увеличены в размерах. Кожа на половых органах отечна, представлена сплошным инфильтратом плотно-эластической консистенции, распространяющимся

на надлобковую область, гипогастрий, правую и левую подвздошную области. Открыть головку полового члена невозможно ввиду выраженного инфильтративного процесса и рубцовой деформации крайней плоти (рис. 1).

Больной был комплексно обследован, осмотрен терапевтом, нефрологом, трансплантологом и анестезиологом-реаниматологом; противопоказаний к оперативному лечению выявлено не было. Клинический диагноз: «олеогранулема полового члена, III стадия». Полный нефрологический диагноз: «хронический гломерулонефрит с исходом в двусторонний нефросклероз; хроническая болезнь почек С5(Т); аллотрансплантация трупной почки в подвздошную



Рис. 1. Состояние наружных половых органов до оперативного вмешательства

Fig. 1. View of the external genitalia before surgery



Рис. 2. Планируемый объем иссечения патологических тканей

Fig. 2. Estimated volume of excised pathological tissues

область слева 29.09.2010 г.; трехкомпонентная иммуносупрессивная терапия».

РЕЗУЛЬТАТЫ

10.11.2020 г. под комбинированной анестезией выполнен I-й этап оперативного лечения – иссечение измененных тканей мошонки, полового члена и передней брюшной стенки с пластикой местными тканями (рис. 2, 3).

Продолжительность операции составила 250 минут. Объем кровопотери 340 мл. Масса удаленных патологических тканей составила 2472 г. Результат патогистологического исследования: макропрепарат представлен плотно-волоконистой жировой тканью с наличием смешанно-клеточной воспалительной инфильтрации, отмечается скопление крупных многоядерных клеток типа инородных тел. Обилие капиллярных выростов, неравномерный

отек, эпидермис в состоянии акантоза и резко выраженного папиломатоза. Вакуолизация верхних слоев эпидермиса. Роговой слой состоит из паракеротических клеток. Остроконечные кондиломы.

Функция почечного трансплантата в интра- и постоперационном периоде оставалась удовлетворительной, признаков дисфункции отмечено не было. Пациент был выписан на 10-е сутки после операции,

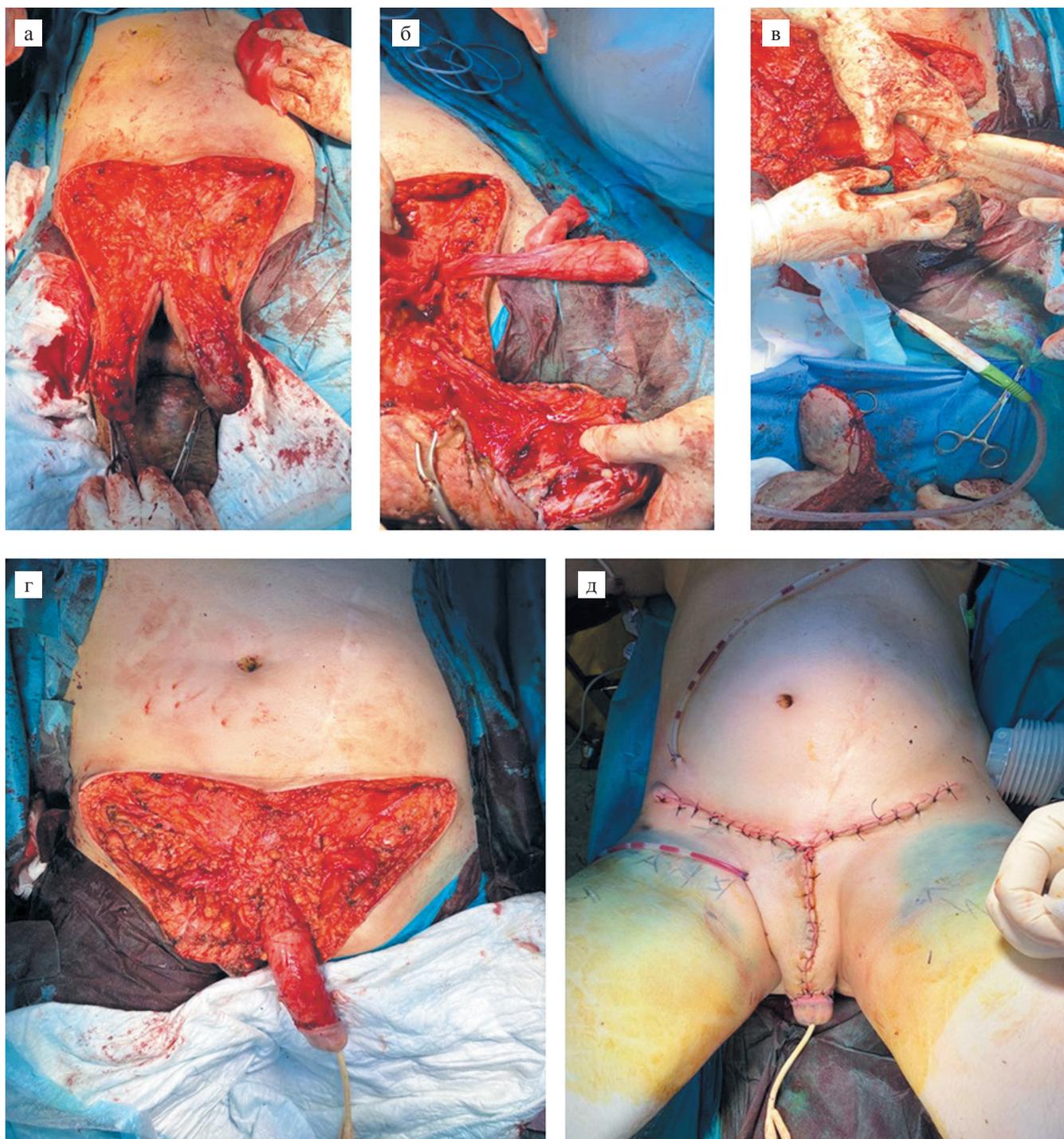


Рис. 3. Оперативное вмешательство: а – широкое иссечение индуративно измененной кожи с подкожной клетчаткой лобковой области до глубокой фасции; б – выделение тестикул и иссечение мошонки; в – скальпирование полового члена; г – окончательный вид операционной раны, тестикулы погружены под кожу медиальной поверхности бедер; д – послойное ушивание раны, половой член укрыт кожей промежности

Fig. 3. Surgical intervention: a – wide excision of indurated skin with subcutaneous tissue of the pubic region to the deep fascia; б – testicle isolation and scrotum excision; в – scalping of the penis; г – final view of the surgical wound, the testicles are submerged under the skin of the medial surface of the thighs; д – layered wound closure, the penis is covered by the perineum

уровень креатинина на момент выписки составил 121 мкмоль/л.

Последующее семимесячное амбулаторное наблюдение врачей филиала демонстрировало хорошую репарацию области оперативного вмешательства, отсутствие участков патологических тканей и



Рис. 4. Состояние пациента перед вторым этапом оперативного лечения

Fig. 4. Patient's condition before the second stage of surgery

прогрессии локального воспалительного процесса (рис. 4), стабильную функцию почечного трансплантата.

08.06.2021 г. пациент повторно поступает в урологическое отделение для проведения реконструктивного этапа лечения олеогранулемы полового члена. Ввиду отсутствия противопоказания к хирургическому лечению и стабильной функции почечного трансплантата 10.06.2021 г. выполнен 2-й этап лечения: «высвобождение» полового члена (рис. 5).

Длительность операции составила 120 мин, объем кровопотери 100 мл. Послеоперационный период протекал без осложнений. Страховой дренаж и катетер Фолея были удалены на вторые сутки после операции. Заживление раны в основном произошло первичным натяжением, частично вторичным натяжением в зоне корня полового члена.

Второй этап хирургического лечения также не оказал отрицательного влияния на функцию почечного трансплантата. Пациент был выписан на 8-е сутки после операции, с уровнем креатинина 112 мкмоль/л.

Последующее наблюдение за пациентом в течение 11 месяцев продемонстрировало хороший клинический результат (рис. 6), восстановление эректильной функции и возможность возобновления ведения половой жизни.

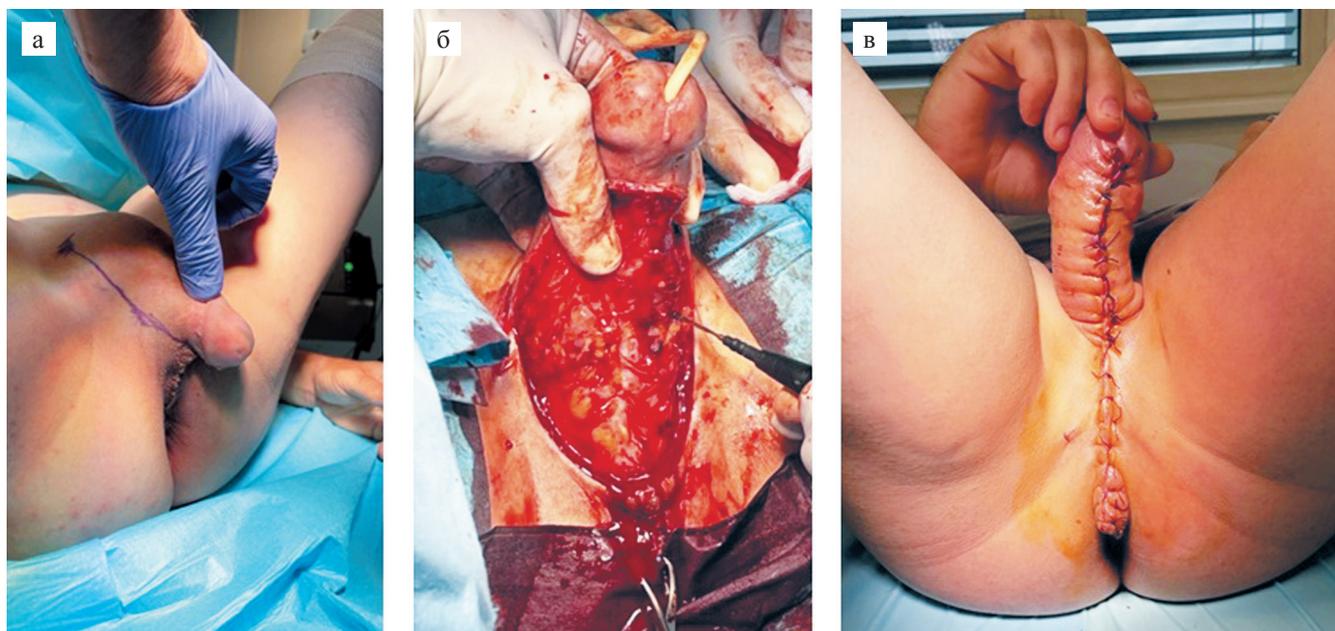


Рис. 5. Реконструктивный этап лечения олеогранулемы полового члена: а – разметка линии надреза кожи для мобилизации полового члена; б – U-образный разрез кожи промежности; в – окончательный вид после реконструкции кожи полового члена на вторые сутки после операции

Fig. 5. Reconstructive stage of penile oleogranuloma treatment: а – marking the skin incision line to mobilize the penis; б – U-shaped incision of the perineum; в – final view after penile skin reconstruction on day two after surgery



Рис. 6. 40-е сутки после операции

Fig. 6. 40th day after surgery

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Клиническое наблюдение демонстрирует разнообразие патологических процессов, способных возникнуть в течение жизни у пациента с трансплантированным органом. Тяжесть патологического процесса и достижение олеогранулемой гигантских размеров, вероятно, были обусловлены длительностью заболевания, нежеланием пациента обращаться за специализированной медицинской помощью и особенностью течения на фоне приема иммуносупрессивных препаратов. Олеогранулема наружных половых органов может встречаться даже у столь эксклюзивной категории пациентов, как реципиенты почки, при этом единственным радикальным методом лечения данной патологии остается реконструктивно-пластическая хирургия.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

The authors declare no conflict of interest.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ / REFERENCES

1. Готье СВ, Хомяков СМ. Донорство и трансплантация органов в Российской Федерации в 2020 году. XIII со-

общение регистра Российского трансплантологического общества. *Вестник трансплантологии и искусственных органов*. 2021; 23 (3): 8–34. Gautier SV, Kholmjakov SM. Donorstvo i transplantacija organov v Rossijskoj Federacii v 2020 godu. XIII soobshchenie registra Rossijskogo transplantologicheskogo obshchestva. *Vestnik transplantologii i iskusstvennykh organov*. 2021; 23 (3): 8–34. <https://doi.org/10.15825/1995-1191-2021-3-8-34>.

2. Stratev S, Panaïotov P. Oleogranuloma na poloviia chlen [Oleogranuloma of the penis]. *Khirurgiia (Sofia)*. 1993; 46 (4): 47–48. PMID: 8041097.
3. Gröger A, Boliglowa D, Sippel C, Wiebols A, Menke H. Komplikation durch Selbstinjektion mit Vaseline zur Penisaugmentation [Complication of self-injection with petroleum jelly for penis augmentation]. *Urologe A*. 2015; 54 (3): 397–399. doi: 10.1007/s00120-014-3651-9. PMID: 25490921.
4. Akkus E, Iscimen A, Tasli L, Hattat H. Paraffinoma and ulcer of the external genitalia after self-injection of vaseline. *J Sex Med*. 2006; 3 (1): 170–172. doi: 10.1111/j.1743-6109.2005.00096.x.
5. Bajory Z, Mohos G, Rosecker A, Bordás N, Pajor L. Surgical solutions for the complications of the Vaseline self-injection of the penis. *J Sex Med*. 2013; 10 (4): 1170–1177. doi: 10.1111/jsm.12054.
6. Жунусов СА, Гапкайрова АЛ, Калиева ДК, Гапкайров РМ, Юхневич ЕА. Тактика лечения осложненной олеогранулемы полового члена. *Медицина и экология*. 2019; 93 (4): 99–101. Zhunusov SA, Gapkairova AL, Kalieva DK, Gapkairov RM, Juhnevich EA. Taktika lechenija oslozhnennoj oleogranulemy polovogo chlena. *Medicina i ekologija*. 2019; 93 (4): 99–101.
7. Назаров ТХ, Стецик ОВ, Кравцов ДВ, Ринчинов ВС, Винничук СА. Одномomentное использование свободного перфорированного кожного ауто трансплантата при хирургическом лечении олеогранулемы полового члена (клиническое наблюдение). *Андрология и генитальная хирургия*. 2018; 19 (4): 90–95. Nazarov TH, Stecik OV, Kravcov DV, Rinchinov VS, Vinnichuk SA. Odnomomentnoe ispol'zovanie svobodnogo perforirovannogo kozhnogo autotransplantata pri hirurgicheskom lechenii oleogranulemy polovogo chlena (klinicheskoe nabljudenie). *Andrologija i genital'naja hirurgija*. 2018; 19 (4): 90–95. doi: 10.17650/2070-9781-2018-19-4-90-95.

Статья поступила в редакцию 27.05.2022 г.

The article was submitted to the journal on 27.05.2022