



# Одномоментное использование свободного перфорированного кожного ауто трансплантата при хирургическом лечении олеогранулемы полового члена (клиническое наблюдение)

Т.Х. Назаров, О.В. Стецки, Д.В. Кравцов, В.С. Ринчинов, С.А. Винничук

ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России;  
Россия, 191015 Санкт-Петербург, ул. Кирочная, 41

Контакты: Тоирхон Хакназарович Назаров [tair-nazarov@yandex.ru](mailto:tair-nazarov@yandex.ru)

Представлен клинический случай олеогранулемы полового члена. Освещена актуальность данной проблемы, возросшая в последние годы в связи с появлением новых случаев. Подробно описана диагностика олеогранулемы полового члена и этапы удаления ее с одномоментным использованием свободного перфорированного кожного ауто трансплантата, что стало оптимальным способом лечения пациента.

**Ключевые слова:** инъекции в половой член, олеогранулема полового члена, уплотнение полового члена, кожный ауто трансплантат

**Для цитирования:** Назаров Т.Х., Стецки О.В., Кравцов Д.В. и др. Одномоментное использование свободного перфорированного кожного ауто трансплантата при хирургическом лечении олеогранулемы полового члена (клиническое наблюдение). *Андрология и генитальная хирургия* 2018;19(4):90–5.

DOI: 10.17650/2070-9781-2018-19-4-90-95

## One-time use of a free perforated cutaneous autograft during the surgical treatment of the oleogranuloma of the penis (clinical case)

T.Kh. Nazarov, O.V. Stetsik, D.V. Kravtsov, V.S. Rinchinov, S.A. Vinnichuk

I.I. Mechnikov North-Western State Medical University, Ministry of Health of Russia; 41 Kirochnaya St.,  
Saint-Petersburg 191015, Russia

A clinical case of oleogranuloma of the penis is presented. The article outlines the relevance of this problem, which has increased in recent years due to the emergence of new cases. current and treatment of this problem. The authors describe the diagnosis of oleogranuloma of the penis and the stages of its removing with one-time use of free perforated cutaneous autograft. It was the optimal method of surgical treatment in this case.

**Key words:** penile injection, penile gland oleogranuloma, penile compaction, cutaneous autograft

**For citation:** Nazarov T.Kh., Stetsik O.V., Kravtsov D.V. et al. One-time use of a free perforated cutaneous autograft during the surgical treatment of the oleogranuloma of the penis (clinical case). *Andrologiya i genital'naya khirurgiya = Andrology and Genital Surgery* 2018;19(4):90–5.

### Введение

Половой член традиционно воспринимается как символ мужской силы, поэтому его размеры всегда были причиной беспокойства мужчин. Многие из них до сих пор считают, что большие размеры полового члена являются основным признаком полового и сексуального превосходства [1, 2]. В норме длина полового члена в состоянии покоя колеблется от 7,5 до 13,0 см, окружность от 8,5 до 10,5 см; при эрекции длина достигает 12,7–17,7 см, а окружность 11,3–13,0 см. У некоторых мужчин, несмотря на нормальные размеры пениса, заниженная самооценка вызывает навязчивое беспокойство и даже депрессию. Это заставляет муж-

чин предпринимать попытки самостоятельно увеличить длину и толщину пениса с помощью подкожных инъекций различных веществ (вазелинового масла, парафина, детского крема, различных мазей (тетрациклиновой, метилурациловой и др.)) или подкожного введения инородных предметов (шариков, стержней и др.). Обычно эти действия совершаются в бытовых асептических условиях. Такое поведение характерно для малообразованных мужчин в возрасте от 20 до 50 лет, преимущественно моложе 30 лет [3–5].

Как показывает практика, пациент очень недолго самоутверждается в сфере интимных отношений благодаря «увеличенному» половому члену и скоро попадает

к врачу, который знакомит его с термином «олеогранулема полового члена».

Олеогранулема полового члена остается актуальной проблемой современной андрологии в связи с появлением новых случаев [3]. Заболевание проявляется воспалительными и трофическими изменениями кожного покрова и фасции полового члена (вследствие подкожного введения вышеуказанных маслянистых веществ) и образованием плотных инфильтратов на теле полового члена с последующей рубцовой деформацией органа, отеком и болью при эрекции [4]. Олеогранулема полового члена часто осложняется парафимозом, образованием язвенных дефектов и свищей мочеиспускательного канала, мошонки. Диагностика олеогранулемы основана на анамнестических данных, результатах осмотра и пальпации, ультразвукового исследования и магнитно-резонансной томографии полового члена [5].

В зависимости от распространенности воспалительного процесса (гранулематозных очагов) выделяют 3 стадии заболевания [6]. При I стадии олеогранулема поражает 1/3 поверхности ствола полового члена; при II стадии распространяется по всей поверхности, а при III стадии процесс переходит на кожу мошонки, промежности и/или лобковой области. Клиницисты различают также неосложненную (при наличии гранулематозного инфильтрата) и осложненную (при рубцовой деформации, гнойно-некротических изменениях и т. д.) формы олеогранулемы [6].

Лечение олеогранулемы в основном хирургическое (74,6 %), так как консервативная терапия (25,4 %) неэффективна [3].

Консервативную терапию олеогранулемы полового члена проводят с целью снижения выраженности воспаления. Применяют в основном антибактериальные и болеутоляющие препараты, довольно часто — местно в виде повязок или компрессов.

Радикальность операции определяется распространенностью инфильтративного (гранулематозного) процесса и наличием осложнений. При I стадии заболевания, когда небольшие гранулематозные очаги располагаются в области крайней плоти, наиболее щадящий вид операции — круговое иссечение крайней плоти (циркумцизия). При II стадии возможно удаление олеогранулемы в ходе одноэтапной операции с одномоментным закрытием кожного дефекта местными тканями. Иногда при невозможности закрытия дефекта используются кожные лоскуты на сосудистой ножке. Самой сложной категорией больных считаются пациенты с III стадией олеогранулемы. В течение многих лет при III стадии выполняют двухэтапную операцию Райха—Сапожкова: на 1-м этапе после тщательного удаления олеогранулемы погружают половой член под кожу передней поверхности мошонки с выведением головки; на 2-м этапе выполняют «освобождение» из мошонки и пластику полового члена местными тканями.

При своевременном обращении пациента за медицинской помощью и квалифицированном ее оказании исход при олеогранулеме полового члена благоприятный, удастся избежать таких серьезных осложнений, как эректильная дисфункция и гангрена полового члена.

В настоящее время продолжается поиск оптимальных методов хирургического лечения олеогранулемы полового члена. Представляем описание клинического случая олеогранулемы III стадии, при хирургическом лечении которой одномоментно выполнили пластику полового члена свободным перфорированным кожным аутоотрансплантатом.

### Клиническое наблюдение

*Пациент К., 27 лет, поступил в клинику им. Петра Великого Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова 27.03.2018 в плановом порядке с жалобами на отек полового члена и боли, усиливающиеся при эрекции и физической активности. Из анамнеза заболевания стало известно, что 1,5 года назад пациент самостоятельно ввел под кожу полового члена вазелин (3 инъекции по 20 мл) с целью утолщения и придания дополнительной твердости и объема. Вышеуказанные жалобы появились 1 мес назад. Анамнез жизни без особенностей. Рос и развивался правильно. Женат, имеет 1 ребенка. Из заболеваний называет только простудные. Перенес циркумцизию в детстве. Работает водителем. Аллергологический анамнез не отягощен. Общее физическое состояние удовлетворительное. Адекватен. Температура тела нормальная. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки нормальной окраски и влажности. В состоянии систем и органов особенностей не обнаружено. Частота дыхательных движений — 17 в мин, пульс — 78 уд./мин, ритмичный, не напряженный, артериальное давление — 120/80 мм рт. ст. Стул и диурез в норме. Мочеиспускание самостоятельное, незначительно болезненно. Наружные половые органы развиты по мужскому типу. Пенис средних размеров, имеется рубцовая деформация, странгуляционная борозда расположена проксимальнее венечной борозды. Кожа отечна и гиперемирована с наличием фибрина и язвенных дефектов. При пальпации отмечается равномерная болезненность полового члена от головки до корня, видны множественные плотные инфильтраты на всей поверхности. Плотные инфильтраты также обнаружены над лоном и на передней поверхности мошонки ближе к корню полового члена. Кожа мошонки без особенностей, яички и придатки нормальных размеров, без особенностей. Больной комплексно обследован. Клинико-биохимические анализы крови и мочи в пределах нормы. Электрокардиограмма и флюорограмма без особенностей. Осмотрен терапевтом и анестезиологом, абсолютных противопоказаний к операции не выявлено. Клинический диагноз: олеогранулема полового члена, III стадия (рис. 1).*



Рис. 1. Олеогранулема полового члена

Fig. 1. Sclerosing lipogranuloma of the penis

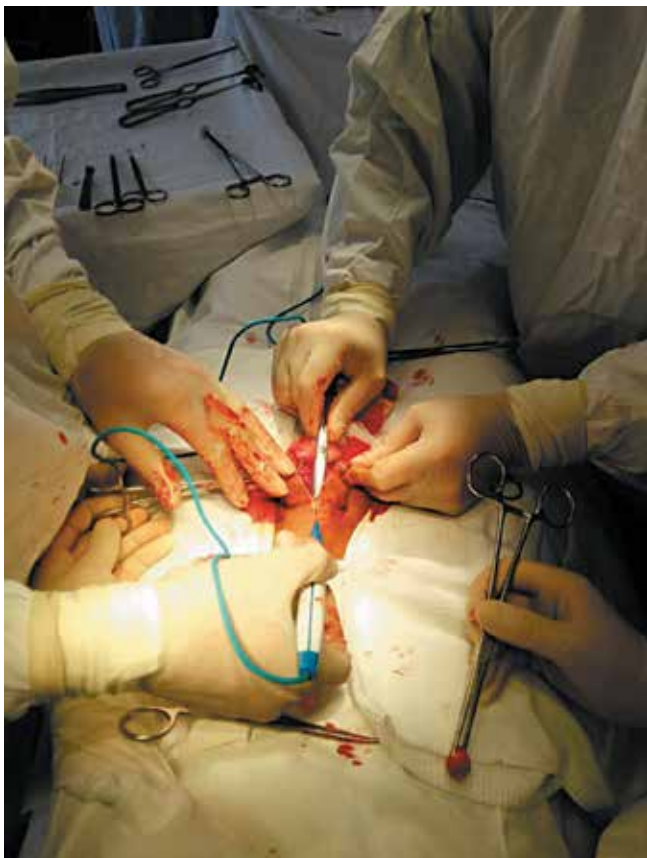
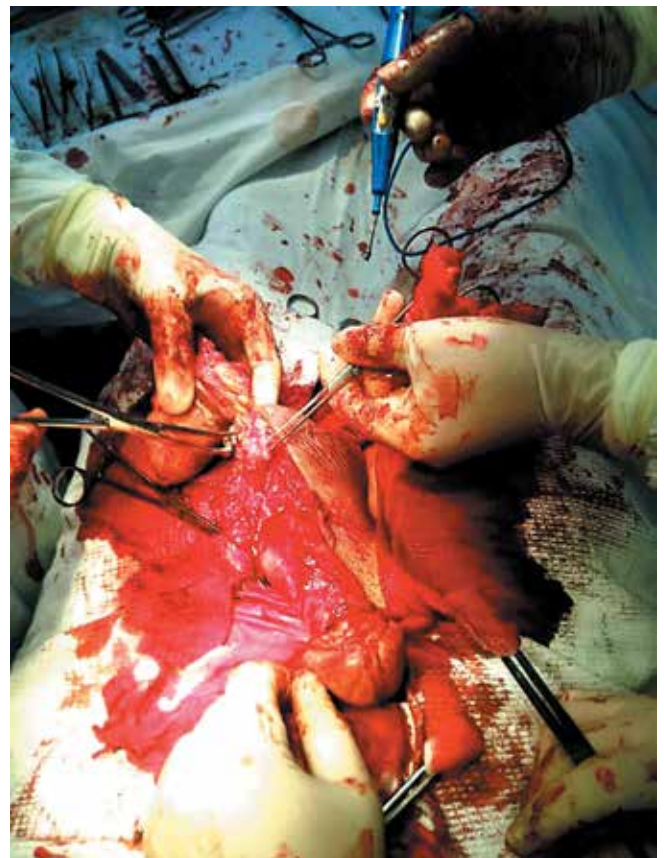


Рис. 2. Рассечение и удаление олеогранулемы

Fig. 2. Transection and removal of the sclerosing lipogranuloma



28.03.2018 под внутривенной и общей эндотрахеальной анестезией выполнили иссечение олеогранулемы полового члена и одномоментную пластику дефекта с использованием свободного перфорированного кожного аутотрансплантата. Данная методика выбрана с учетом собственного опыта.

Ход операции: осуществили полное иссечение рубцово-измененной ткани (олеогранулематозных очагов) поло-

вого члена и мошонки (рис. 2, 3). Далее при помощи дерматомата (Zimmer, США) с передней поверхности правого бедра провели забор кожного аутотрансплантата. Последний перфорирован по всей поверхности (рис. 4). Выполнили аутодермопластику полового члена (рис. 5). Рану мошонки ушили. На половой член и область забора аутотрансплантата наложили асептическую повязку с мазью. Продолжительность операции составила 2ч 15 мин.

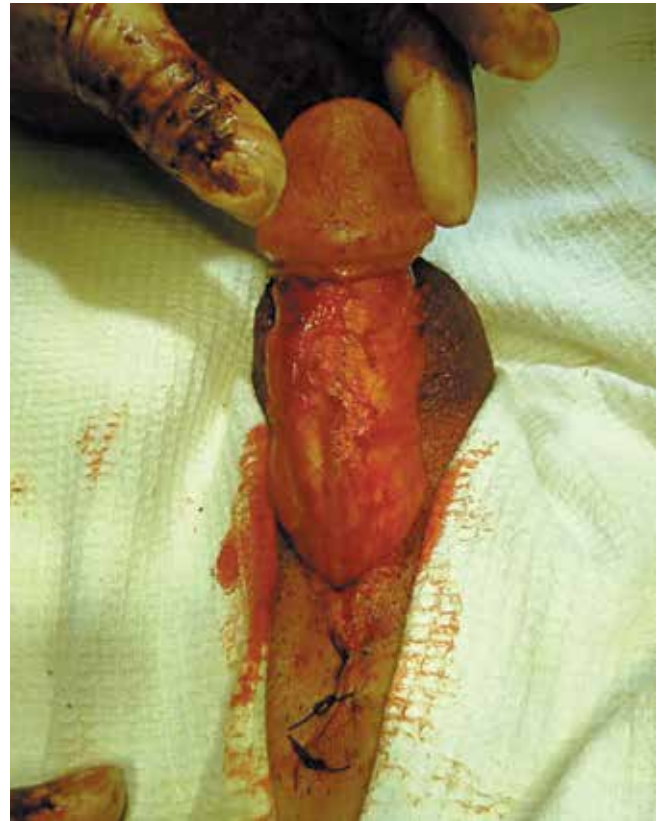


Рис. 3. Половой член после иссечения рубцово-измененной ткани перед выполнением кожной пластики  
Fig. 3. Penis after transection of scar tissue prior to skin grafting

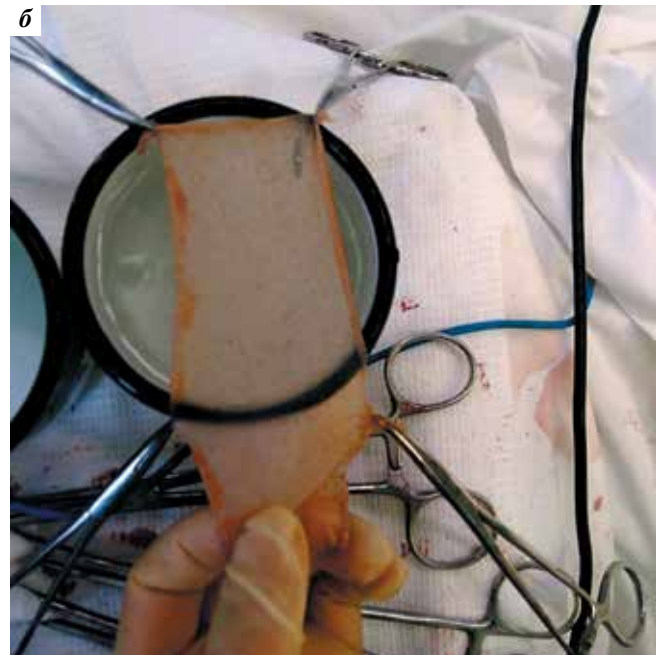


Рис. 4. Подготовка к кожной пластике: а – зона забора кожного лоскута (передняя поверхность правого бедра); б – кожный лоскут  
Fig. 4. Preparation before skin grafting: а – area of skin graft retrieval (front part of the right thigh); б – skin graft

Послеоперационный период протекал без осложнений. Контрольные клинико-биохимические анализы крови и мочи перед выпиской были без отклонений. Больной выписан на 5-е сутки после операции.

Результаты патогистологического исследования: макроскопически наблюдаются фрагменты кожи с подлежащими тканями плотной консистенции. На разрезе белесого цвета, волокнистые. Микроскопически обнаружены



Рис. 5. Вид полового члена после выполнения кожной пластики  
Fig. 5. Penis after skin grafting



Рис. 7. Вид полового члена через 2 мес после операции  
Fig. 7. Penis 2 months after the surgery

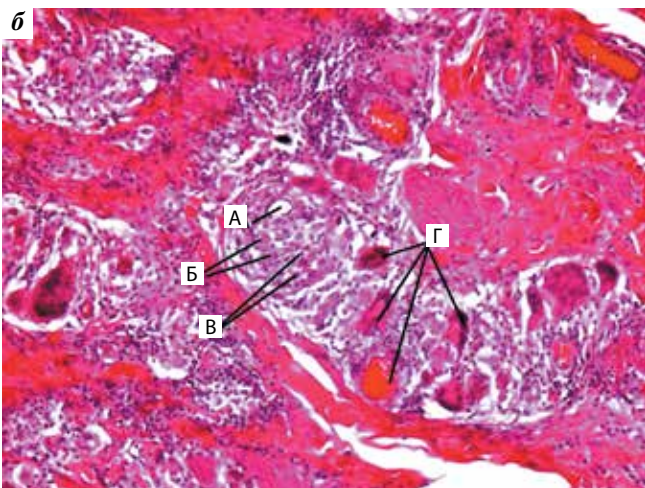
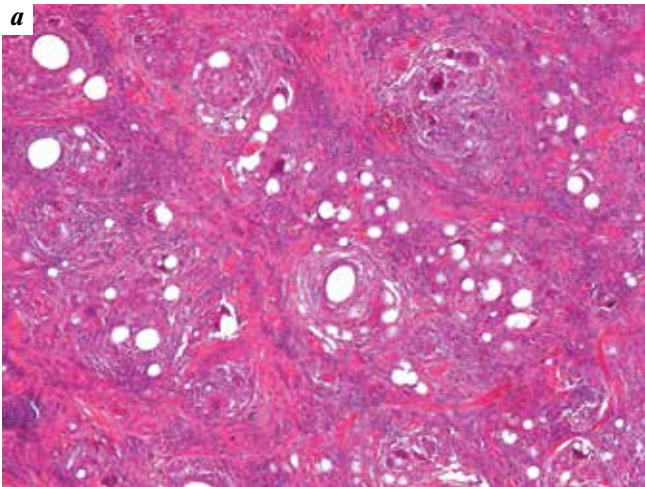


Рис. 6. Гистологическое исследование удаленных тканей. Окраска гематоксилином и эозином: а – признаки продуктивного воспаления вокруг инородного субстрата.  $\times 40$ ; б – гранулемы, содержащие жир (А), макрофаги (Б), лимфоциты (В), гигантские многоядерные клетки (Г).  $\times 100$   
Fig. 6. Histological examination of the removed tissue. Hematoxylin and eosin staining: а – signs of productive inflammation around foreign substrate.  $\times 40$ ; б – granulomas containing fat (A), macrophages (B), lymphocytes (B), multinucleated giant cells (Г).  $\times 100$

фрагменты соединительной ткани с множественными кистозными полостями, большим количеством гигантских многоядерных клеток типа инородных тел, выраженной диффузной лимфоцитарной инфильтрацией (рис. 6).



Рис. 8. Зона забора кожного лоскута через 2 мес после операции  
Fig. 8. Area of skin graft retrieval 2 months after the surgery

При контрольном осмотре через 2 мес (см. рис. 7, 8) пациент жалоб не предъявлял, сообщил об удовлетворительном качестве половой жизни.

### Заключение

Приведенное клиническое наблюдение показывает, что олеогранулема полового члена как нозология не теряет своей актуальности в связи с появлением новых случаев, приводящих к серьезным осложнениям. Увеличение полового члена при медицинских и эстетических показаниях является безопасным исключительно при его выполнении квалифицированными хирургами в условиях медицинских центров, специализирующихся на фаллопластике. Важно донести это до сознания пациентов, поэтому в целях профилактики необходимо проводить сексуальное просвещение молодых людей.

## ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Аустони Э. Атлас по реконструктивной хирургии полового члена. М.: АБВ-пресс, 2012. 568 с. [Austoni E. Atlas of reconstructive penile surgery. Moscow: ABV-press, 2012. 568 p. (In Russ.).]
2. Щеплев П.А., Курбатов Д.Г. Малый половой член. Методы коррекции. М.: Росмэн-Пресс, 2003. 192 с. [Shcheplev P.A., Kurbatov D.G. Small penis. Correction methods. M.: Rosmen-Press, 2003. 192 p. (In Russ.).]
3. Svensøy J.N., Travers V., Osther P.J. S. Complications of penile self-injections: investigation of 680 patients with complications following penile self-injections with mineral oil. World J Urol 2018;36(1):135–43. DOI: 10.1007/s00345-017-2110-9. PMID: 29080947.
4. Bjurlin M.A., Carlsen J., Grevious M. et al. Mineral oil-induced sclerosing lipogranuloma of the penis. J Clin Aesthet Dermatol 2010;3(9):41–4. PMID: 20877525.
5. Tsili A.C., Xiropotamou O.N., Nomikos M., Argyropoulou M.I. Silicone-induced penile sclerosing lipogranuloma: magnetic resonance imaging findings. J Clin Imaging Sci 2016;6:3. DOI: 10.4103/2156-7514.175084. PMID: 26958433.
6. Амазаспян Т.З. Олеогранулема полового члена: этиология, патогенез, принципы лечения. Дис. ... канд. мед. наук. М., 1997. 128 с. [Amazaspyan T.Z. Oleogranuloma of the penis: etiology, pathogenesis, principles of treatment. Dis. ... cand. of med. sciences. Moscow, 1997. 128 p. (In Russ.).]

### Вклад авторов

Т.Х. Назаров: разработка дизайна исследования, получение данных для анализа, обзор публикаций по теме статьи, написание текста статьи;  
О.В. Стецик: разработка дизайна исследования, написание текста статьи;  
Д.В. Кравцов: анализ полученных данных, обзор публикаций по теме статьи;  
В.С. Ринчинов: обзор публикаций по теме статьи, написание текста статьи;  
С.А. Винничук: разработка дизайна исследования, анализ полученных данных.

### Authors' contributions

T.Kh. Nazarov: developing the research design, obtaining data for analysis, reviewing of publications of the article's theme, article writing;  
O.V. Stetsik: developing the research design, article writing;  
D.V. Kravtsov: analysis of the obtained data, reviewing of publications of the article's theme;  
V.S. Rinchinov: reviewing of publications of the article's theme, article writing;  
S.A. Vinnichuk: developing the research design, analysis of the obtained data.

### ORCID авторов/ORCID of authors

Т.Х. Назаров/T.Kh. Nazarov: <https://orcid.org/0000-0001-9644-720X>  
О.В. Стецик/O.V. Stetsik: <https://orcid.org/0000-0002-1237-9746>  
Д.В. Кравцов/D.V. Kravtsov: <https://orcid.org/0000-0002-4466-2917>  
В.С. Ринчинов/V.S. Rinchinov: <https://orcid.org/0000-0002-4013-3380>  
С.А. Винничук/S.A. Vinnichuk: <https://orcid.org/0000-0002-9590-6678>

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.  
**Conflict of interest.** The authors declare no conflict of interest.

**Финансирование.** Исследование проведено без спонсорской поддержки.  
**Financing.** The study was performed without external funding.

**Информированное согласие.** Пациент подписал информированное согласие на публикацию своих данных.  
**Informed consent.** The patient gave written informed consent to the publication of his data.

**Статья поступила:** 20.06.2018. **Принята к публикации:** 18.10.2018.  
**Article received:** 20.06.2018. **Accepted for publication:** 18.10.2018.