

Хирургическое лечение рака полового члена *in situ* с пластикой кожным лоскутом: клинический случай

Ф.Ш. Енгальчев, Р.Р. Магдеев, С.В. Лямкин, С.Н. Береснев, М.В. Бурнаев, П.К. Янов

ГБУЗ «Областной онкологический диспансер»; Россия, 440000 Пенза, пр-т Строителей, 37а

Контакты: Руслан Рамисович Магдеев magdeev2008@rambler.ru

«Золотым стандартом» в лечении рака полового члена (РПЧ) является ампутация. Однако удаление пениса приводит к функциональным и психологическим нарушениям. В связи с этим в настоящее время все больше внимания уделяется органосохраняющему лечению больных (РПЧ). В статье представляется клиническое наблюдение РПЧ *in situ* у пациента 47 лет, которому выполнено «деглавирование» с пластикой.

Ключевые слова: рак полового члена, «деглавирование», пластика кожным лоскутом

Surgical treatment for penile carcinoma *in situ* with skin flap plasty: A clinical case

F.Sh. Engalichev, R.R. Magdeev, S.V. Lyamkin, S.N. Beresnev, M.V. Burnaev, P.K. Yanov

Regional Oncology Dispensary; 37a, Stroiteley Prospect, Penza 440000

Gold treatment standard for penile carcinoma (PC) is amputation. However, removal of the penis gives rise to functional and psychological disorders. In this connection, more and more attention is now given to organ-sparing treatment in patients with PC. The paper describes a clinical case of PC *in situ* in a 47-year-old patient who has undergone deglavation with plasty.

Key words: penile carcinoma, deglavation, skin flap plasty

Введение

Рак полового члена (РПЧ) относится к достаточно редко встречающимся онкозаболеваниям. Среди новообразований мужских мочеполовых органов он составляет около 2–4 %. Чаще РПЧ возникает у мужчин в возрасте старше 60 лет. Течение заболевания довольно агрессивное; у 1/3 пациентов метастазы обнаруживаются уже на первой стадии онкопроцесса.

Основными методами консервативного лечения РПЧ являются лучевая, химио- и химиолучевая терапия. Однако в настоящее время оптимальный вид лечения не определен [1–3].

При длительном лучевом воздействии могут отмечаться серьезные осложнения и косметические дефекты. Кроме того, лучевая терапия не может гарантировать излечения.

«Золотым стандартом» в лечении первичной опухоли остается ампутация полового члена. Однако удаление пениса приводит к функциональным и психологическим нарушениям, которые оказываются неприемлемыми для многих пациентов.

В связи с этим в настоящее время все больше внимания уделяется органосохраняющему лечению больных РПЧ, которое позволяет улучшить психосексуальные результаты, не снижая выживаемости [4–6].

Приводим описание **клинического наблюдения** хирургического лечения РПЧ *in situ*.

Пациент С., 1966 г.р., поступил в хирургическое отделение №3 Областного онкодиспансера (Пенза) 05.03.2013 г. с жалобами на наличие язвенного образования на головке полового члена (рис. 1).

Из анамнеза: около 2 лет беспокоит наличие язвенного образования на головке полового члена, постепенно увеличивающееся в размерах. Обратился к урологу по месту жительства. Направлен в областной онкодиспансер. Амбулаторно проводилась биопсия опухоли. Гистологическое заключение: рак *in situ*.



Рис. 1. Новообразование на головке полового члена. Рак *in situ*



Рис. 2. Завершение пластики головки полового члена

На госпитальном этапе выполнена операция — «деглавирование» с пластикой головки полового члена кожным лоскутом.

Операцию выполняли под общей анестезией, при этом на основание полового члена накладывали жгут. После предварительной разметки выполнили дистальный разрез эпителия в обход наружного отверстия мочеиспускательного канала и проксимальный разрез ниже коронарного края. Вертикальный срединный разрез, выполненный по дорсальной и вентральной поверхности, соединил дистальный и проксимальный разрезы, благодаря чему удалось разделить эпителий, покрывающий головку полового члена на 2 половины.

Далее проводили диссекцию эпителия, покрывающего головку полового члена, единым блоком. Диссекцию следует выполнять аккуратно и тщательно, так как образовавшаяся раневая поверхность должна быть ровной. После проведения диссекции приступили к следующему этапу операции — пластике головки полового члена с помощью кожного трансплантата. Последний выкраивали в верхней наружной части бедра в районе тазобедренного сустава, так как образовавшийся дефект тканей в данной области легко устраняется и практически незаметен.

Кожный трансплантат разрезали посередине, чтобы его можно было зафиксировать на головке полового члена вокруг мочевого катетера, который вводится до начала операции. Края трансплантата соединили с помощью рассасывающегося шовного материала на дорсальной поверхности головки полового члена. Еще одним швом в области дорсальной поверхности по срединной линии фиксировали трансплантат к субкоронарному участку полового члена. Затем осуществили моделирование фор-



Рис. 3. Вид после завершения лечения

мы трансплантата и фиксацию его вокруг венчика полового члена, а также вокруг наружного отверстия мочеиспускательного канала. В качестве шовного материала использовали викриловые нити. Фиксацию трансплантата к раневой поверхности проводили с помощью множества матрасных швов с одинаковыми интервалами, не превышающими 0,5 см. Благодаря этому образующиеся гематомы или серомы не мешают реваскуляризации трансплантата (рис. 2, 3) [7–9].

Пациенту рекомендовали не вступать в половой контакт в течение как минимум 6–8 нед после операции. Данное время необходимо для приживления трансплантата с головкой полового члена.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Проводили антибактериальную, противовоспалительную, общеукрепляющую терапию, делали перевязки. Катетер удален на 7-е сутки.

Гистологическое заключение: в эпителии акантоз и участки рака *in situ*, линия резекции без опухолевого роста.

Заключение

На первое место при выборе лечебной тактики ставятся вопросы качества жизни, определяемые возможностью сохранения сексуальной функции, мочеиспускания стоя, низкой токсичности лечения и его короткий срок. При этом у больных РПЧ необходимо учитывать факторы прогноза и их сочетание. Повышение частоты органосохраняющих вмешательств возможно при более раннем выявлении РПЧ, важное значение при этом будет иметь своевременное обращение пациентов за медицинской помощью и раннее направление их в онкологические учреждения.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Minhas S., Kayes O., Hegarty P. What surgical resection margins are required to achieve oncologic control in man with primary penile cancer? *BJU Int* 2005;96(7):1040-4.
2. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16225525>
3. Hadway P., Corbishley C.M., Watkin N.A. Total glans resurfacing for premalignant lesions of the penis: initial outcome data. *BJU Int* 2006;98(3):532-6.
4. <http://www.ncbi.nlm.gov/pubmed/16925748>
5. Windal T., Andersson S.O. Combined laser treatment for penile carcinoma: results after long-term follow up. *J Urol* 2003;169(6):2118-21. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12771731>
6. Bandieramonte G., Colecchia M., Mariani L. et al. Peniscopicaiiy controlled CO₂ laser excision for conservative treatment of in situ and T1 penile carcinoma: report on 224 patients. *Eur Urol* 2008;54(4):875-82. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18243513>
7. Shindel A.W., Mann M.W., Lev R.Y. et al. Mohs micrographic surgery for penile cancer: management and long-term followup. *J Urol* 2007;178(5):1980-5.
8. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17869306>
9. Э. Аустони. Атлас по реконструктивной хирургии полового члена. М.: АБВ-пресс, 2012.