

Наш опыт устранения механических повреждений пенильных имплантов

А.М. Корниенко¹, М.Г. Романюк¹, А.В. Хоревин¹, Н.А. Степаненко²

¹ГУ «Институт урологии НАМН Украины», г. Киев

²ГУ «Институт ядерной и лучевой диагностики НАМН Украины», г. Киев

В статье представлен опыт диагностики и устранения механических повреждений пенильных имплантов различной конструкции. Наиболее устойчивыми к повреждениям оказались пластические и гидравлические модели.

Ключевые слова: пенильный имплант, механические повреждения, сексуальная функция.

К практикующему врачу-андрологу неизменно обращаются пациенты, имеющие необратимые поражения кавернозной гемодинамики, которые невозможно скорректировать фармакотерапией, физиотерапевтическими методами и, тем более, психотерапевтической поддержкой. Тяжелые формы эректильной дисфункции (ЭД) подлежат только хирургическому лечению.

Показаниями к проведению имплантации являются: спинальная половая дисфункция, болезнь Пейрони в сочетании с ЭД, декомпенсированный пенильный кровоток (корпоральная вено-окклюзивная дисфункция, артериальная и артерио-венозная недостаточность сосудов полового члена), кавернозный фиброз, некупирующийся приапизм, отсутствие эффекта от фармакотерапии ЭД, неудовлетворенность пациента результатами консервативного лечения [1, 2].

Противопоказания к проведению эндофаллопротезирования следующие: декомпенсированный сахарный диабет, декомпенсация деятельности сердечно-сосудистой системы, онкологические заболевания на поздних стадиях, острые воспалительные процессы различной локализации, психические заболевания, поражение кожных покровов различной этиологии в зоне мошонки и полового члена [1, 2].

В соответствии с данными производителя имплантов, активные урогенитальные инфекции, дефект тканей в зоне операции с прогнозируемой несостоятельностью их при натяжении, чувствительность к силикону, несоответствие размеров кавернозных тел размерам выбранного типа импланта также являются противопоказаниями операции. В эту же группу попадают пациенты с высокой частотой повторных эндоскопических процедур [3].

Рисками и осложнениями при проведении эндофаллопротезирования являются: инфекции, эрозии, миграция или экструзия протеза, миграция насадок, механическая несостоятельность протеза, тканевая и/или аллергическая реакция, острая задержка мочи, болевой синдром, гематома полового члена, отек и лимфостаз полового члена, гангрена полового члена, перфорация мочеиспускательного канала или кавернозных тел при некорректном размере импланта, неудовлетворенность пациента [3].

Решиться на проведение операции эндофаллопротезирования – это серьезный шаг для пациента, требующий и силы духа, и финансового обеспечения. В современных социально-экономических условиях, к сожалению, именно последний фактор играет решающую роль в выборе модели пенильного импланта и прогнозе качества жизни пациента и его сексуальной функции после проведения хирургического вмешательства.

Если коротко остановиться на описании моделей пенильных имплантов, то на сегодняшний день принципиально их можно разделить на две группы: пластические и гидравлические. Ранее также устанавливали и полужесткие импланты, но в нынешнее время их используют крайне редко из-за малопримлемого внешнего вида, который не отвечает современным требованиям имплантологии.

Пластические импланты: это конструкция с постоянной жесткостью, но имеющая возможность изменять форму для лучшего эстетического результата в повседневной жизни. Положительным моментом является их относительная дешевизна, простота установки, надежность в использовании и устойчивость к механическим повреждениям. Недостаток – постоянная неестественная ригидность полового члена, что может вызывать эстетическое неудовлетворение у пациента.

Гидравлические импланты могут быть двух- или трехкомпонентными. Отличие в том, где конструкцией предусмотрен резервуар. В двухкомпонентных имплантах он находится в проксимальной части цилиндров, а в трехкомпонентных – это отдельный баллон, который устанавливается в предпузырном пространстве. По нашему мнению, двухкомпонентные импланты недостаточно оправдали себя из-за невозмож-

Таблица 1

Оценка сексуальной функции после эндофаллопротезирования

Показатель	Отсутствие (0 баллов)	Низкий уровень (1 балл)	Средний уровень (2 балла)	Высокий уровень (3 балла)
Половое влечение				
Ощущение "естественной эрекции" (дополнительное кровенаполнение полового члена)				
Субъективное ощущение комфорта в процессе полового акта				
Уровень самооценки				
Удовлетворенность партнерши				
Общая удовлетворенность				

Количество замен имплантов различной конструкции

Вид модели пенильного импланта	Количество диагностированных механических повреждений/ операций по их устранению
Полужесткие	29/29
Гидравлические	2/3
Пластические	1/0

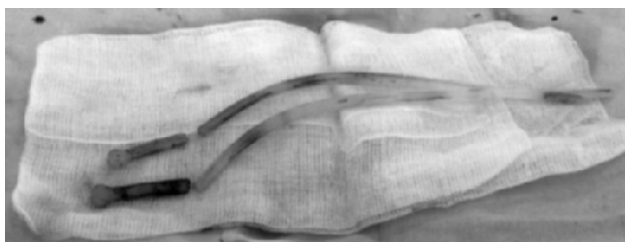


Фото 1, 2, 3. Перелом полужестких имплантов в апикальной части (установлены в 1992 году в г. Чебоксары, Россия)

ности полной «детумисценции» и постоянного полуэрегированного вида полового члена. Несомненным плюсом использования трехкомпонентных имплантов является их прекрасная эстетическая составляющая (естественный вид полового члена как при эрекции, так и в спокойном состоянии). В данный момент выпускают модели, которые при наполнении ци-

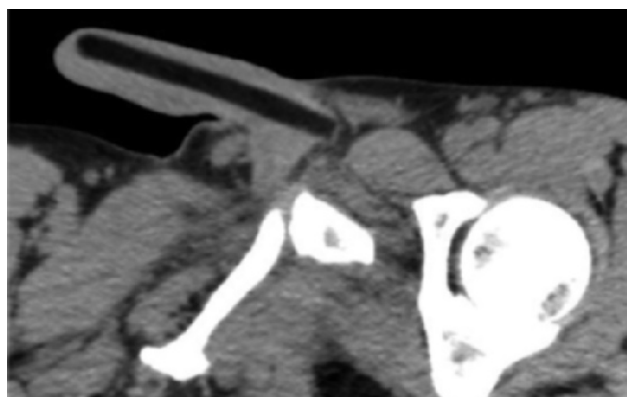
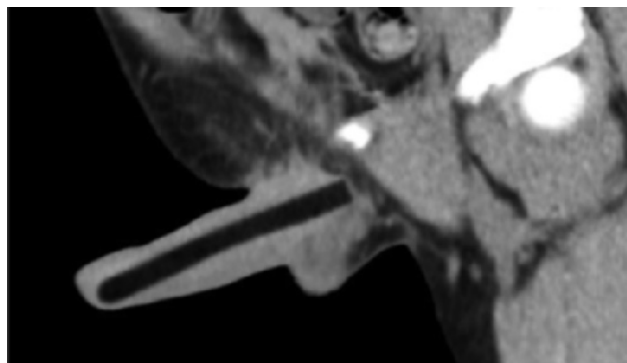


Фото 4, 5. Имплант не заходит в ножку полового члена

линдров увеличиваются как в длину, так и в ширину, что делает внешний вид полового члена после протезирования максимально схожим на естественный. К минусам можно отнести дороговизну импланта, сложность как самой конструкции, так и техники хирургического вмешательства, меньшую устойчивость к механическим повреждениям.

Нами разработан опросник для пациентов после проведения эндофаллопротезирования, позволяющий оценить качество сексуальной функции [2] (табл. 1).

Однако счастливого обладателя пенильного импланта, имеющего возможность ярких и полноценных сексуальных отношений, подстерегает такая неприятность, как «механическая несостоятельность», которая требует повторной операции и замены протеза.

За период 2006–2014 годов в клинике отдела сексопатологии и андрологии ГУ «Институт урологии НАМН Украины» произведено 33 оперативных вмешательства по поводу механических повреждений и замены пенильных имплантов.

Распределение повреждений в зависимости от модели импланта представлено в табл. 2.

О некоторых эпизодах, которые мы пережили вместе с нашими пациентами, хочется рассказать подробнее.

Наиболее частыми являются поломки **полужестких протезов**, которые устанавливали до появления современных, модифицированных моделей

Чаще всего диагностировали перелом одного протеза, однако всегда производили замену обоих имплантов.



Фото 6–11. Визуализация пенильного импланта

Значительно менее уязвимыми к механическим повреждениям являются **гидравлические эндофаллопротезы**.

В нашей клинике прооперированы 2 пациента с поломками гидравлических имплантов.

В первом случае это – молодой человек 26 лет.

История его такова: в возрасте 18 лет, после ДТП, диагностировался оскольчатый перелом костей таза, полный отрыв мочеиспускательного канала и недиагностированный разрыв левой ножки полового члена с последующей его облитерацией.

Первично выполнена цистостомия, затем, через 6 мес – пластика мочеиспускательного канала.

На фоне полной утраты способности к эрекциям, через 2 года после травмы, в одном из областных центров установлен ригидный пенильный имплант в левое кавернозное тело.

На представленных снимках (фото 4, 5) видно, что имплант не заходит в ножку полового члена (ПЧ).

В таком состоянии молодой человек впервые попал к нам. Предъявлял жалобы на гипермобильность ПЧ и невозможность проведения полноценного полового акта.

В возрасте 23 лет пациенту в нашей клинике проведено следующее вмешательство: эксплантация ригидного эндофаллопротеза и установка гидравлического пенильного импланта AMS LGX. Интраоперационно выявлена полная облитерация левой ножки ПЧ (которая не позволила установить полноценный имплант во время предыдущего вмешательства). Выполнена пластика белочной оболочки и сформировано ложе для проксимальной части импланта. Резервуар был наполнен контрастным веществом. Послеоперационный период без особенностей.

Пациент очень активно использовал свои новые возможности, никаких нареканий по поводу импланта не было.

Через 3 года после имплантации пациент стал отмечать

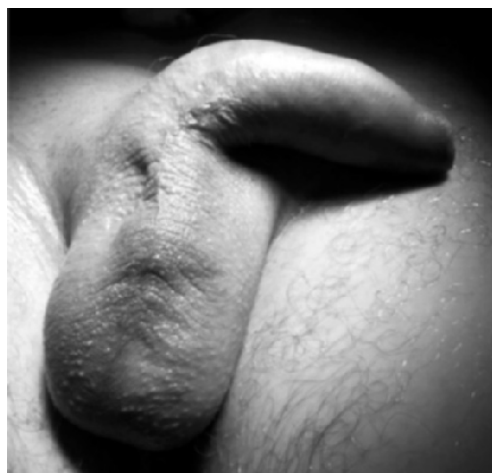


Фото 12. Внешний вид

девиацию ПЧ влево и наличие объемного образования у корня ПЧ слева. Позже появились проблемы с помпой и невозможность опорожнения цилиндров.

Выполнено КТ- исследование.

Определяется грыжеподобное выпячивание в среднем отделе левого цилиндра и полное опорожнение резервуара.

К моменту операции: пальпаторно – полная дефляция цилиндров, помпа не функционирует. Подозревая, что участок грыжеподобного выпячивания может быть несостоятельным при реимплантации, мы были готовы к возможности наложению графта.



Фото 13. ПЧ скальпирован, вывихнут через дополнительный пенисколотальный разрез. Выделена помпа, на белочную оболочку наложены держатели



Фото 14. Отступая от апикального отдела, в полости левого кавернозного тела (КТ) пальпируется несмещаемая верхушка цилиндра. Над ней рассекаются оболочки

Пациент вернулся к регулярным, полноценным сексуальным отношениям.

Второй наш пациент с повреждениями гидравлического импланта имел переломы трубки, соединяющей помпу и левый цилиндр, дважды, с интервалом в два года, в одном и том же месте. Имплант установлен в 2010 году, а повреждения мы устранили в 2012 и 2014 годах.

Причина повреждения в некорректном пользовании помпой и чрезмерных усилиях на конструкцию при наполнении и опорожнении цилиндров.

И во втором случае восстановлено функционирование



Фото 15. Удалены цилиндры. Полный разрыв левого цилиндра



Фото 16. Выделение и удаление оторванной апикальной части левого цилиндра через дополнительный разрез

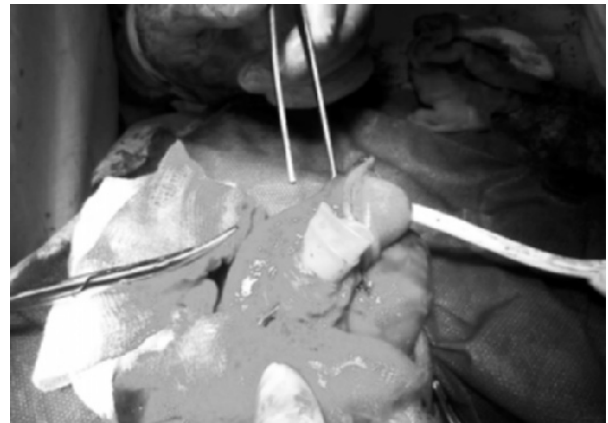


Фото 17. Париленовые оболочки вросли в кавернозную ткань, что называется, «намертво», очевидно, за счет реакции тканей на контрастное вещество

импланта без полной его замены, хотя по протоколам любая поломка трактуется производителем как необходимость полного удаления фаллопротеза и репротезирование новым имплантом. Но социально-экономическая ситуация в нашей стране стимулирует нас к поиску решений, позволяющих помочь пациенту максимально быстро и с наименьшими затратами.

Самыми устойчивыми к механическим повреждениям оказались **пластические эндофаллопротезы**.

В нашей практике зафиксирован один, можно сказать, казуистический случай перелома проксимальной части



Фото 18. Удаленный фрагмент левого цилиндра с элементами кавернозной ткани



Фото 19. Над местом рассечения белочной оболочки и «грыжеподобного» ее выпячивания наложен графт



Фото 20. Произведена реимплантация. При этом удалось установить имплант с насадками на 1 см длиннее, чем в предыдущей операции



Фото 21. Фрагменты удаленного импланта



Фото 22. Имплант в «рабочем положении»



Фото 23. Разрыв трубки гидравлического пенильного импланта (2012 год)



Фото 24. Восстановление герметичности 3-компонентного эндофаллопротеза (2012 год)

пластического импланта в результате падения пациента с высоты на ягодицы. При этом не было повреждений костей таза.

На данный момент пациент отказался от проведения замены импланта, мотивируя отсутствием проблем в процессе полового акта.

Представленные данные являются результатом нашей деятельности за достаточно большой срок времени и могут быть полезными для практикующих специалистов, связанных с хирургической андрологией.

ВЫВОДЫ

1. Наиболее устойчивыми к механическим повреждени-

Наш досвід усунення механічних пошкоджень пенільних імплантів

О.М. Корнієнко, М.Г. Романюк, А.В. Хоревін, Н.О. Степаненко

У статті представлено досвід діагностики та усунення механічних пошкоджень пенільних імплантів різної конструкції. Найбільш стійкими до пошкоджень виявилися пластичні і гідравлічні моделі.

Ключові слова: пенільний імплант, механічні пошкодження, сексуальна функція.



Фото 25. Перелом шланга в том же месте (2014 год)

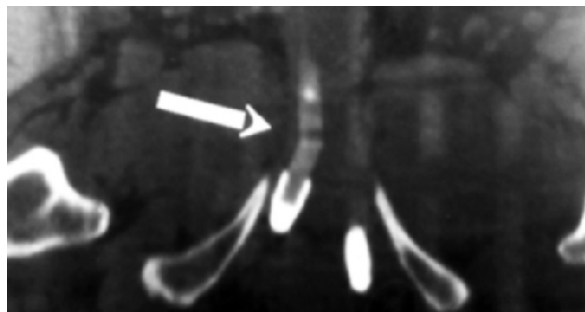


Фото 26. Перелом проксимального отдела пластикового импланта (КТ-диагностика)

ям являются пластиковые и гидравлические варианты пенильных имплантов.

2. Использование современных моделей снижает для пациентов риск механических повреждений при использовании эндофаллопротезов.

Our experience in removing mechanical damage penile implants

O.M. Korniyenko, M.G. Romanyuk, A.V. Horevin, N.O. Stepanenko

The article describes the experience of diagnostics and resolving mechanical problems with penile implants of various designs. Most resistant to damage revealed plastic and inflatable models.

Key words: penile implant, mechanical damage, sexual function.

Сведения об авторах

Корниенко Алексей Михайлович – ГУ «Институт урологии НАМН Украины», 04053, г. Киев, ул. Ю. Коцюбинского, 9а; тел.: (044) 486-51-94. E-mail: androlog.alex@gmail.com

Романюк Максим Григорьевич – ГУ «Институт урологии НАМН Украины», 04053, г. Киев, ул. Ю. Коцюбинского, 9а; тел.: (066) 423-61-40. E-mail: Maxxhole@mail.ru

Хоревин Андрей Владимирович – ГУ «Институт урологии НАМН Украины», 04053, г. Киев, ул. Ю. Коцюбинского, 9а; тел.: (044) 486-58-87

Степаненко Наталия Александровна – ГУ «Институт ядерной и лучевой диагностики НАМН Украины», 04050, г. Киев ул. Платона Майбороды, 32; тел.: (044) 483-11-49

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Наш опыт лечения тяжелых форм эректильной дисфункции / И.И.Горпинченко, А.М.Корниенко, М.Г.Романюк, К.Р.Нуриманов // Здоровье мужчины. – 2011. - №2. – С.70 – 72.

2. Анализ осложнений у пациентов, перенесших эндофаллопротезирование / И.И.Горпинченко, А.М.Корниенко, М.Г.Романюк, А.М.Сытенко, В.А.Рудаков // Здоровье мужчины. – 2012. - №2. – С.96 – 98.

3. AMS «Penile Prosthesis», 2009.

Статья поступила в редакцию 10.03.2015