

ВОЗМОЖНОСТИ ВАГИНОПЛАСТИКИ КОЖНО-СПОНГИОЗНЫМ ЛОСКУТОМ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА ПРИ СМЕНЕ ПОЛА

В.В. Михайличенко, В.Н. Фесенко, А.И. Новиков, В.В. Королев, И.С. Васильев
Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург, Россия

RESULTS OF VAGINOPLASTY SKIN-GRAFT PENILE SPONGY WITH A SEX CHANGE

V.V. Michailichenko, V.N. Fesenko, A.I. Novikov, V.V. Korolev, I.S. Vasilyev
North-West State Medical University named after I.I. Mechnikov, Saint-Petersburg, Russia

© Коллектив авторов, 2012

Приводятся результаты вагинопластики при феминизирующей коррекции пола. Представлены методика операции, осложнения и некоторые отдаленные последствия функционально-социальных изменений после перенесенных оперативных вмешательств.

Ключевые слова: коррекция пола, вагинопластика, осложнения, реабилитация.

Results of vaginoplasty in male-to-female sex reassignment surgery are produced in this article. The method of operation, complications and some long-term effects of underwent surgery are presented.

Key words: sex reassignment surgery, vaginoplasty, complications, rehabilitation.

Введение

При хирургической смене пола из мужского в женский основным этапом является создание искусственного влагалища (неовагины) с использованием тканей полового члена и формирование наружных половых органов.

Классические методы вагинопластики инверсированным кожным лоскутом полового члена [1–3] имеют ряд недостатков: невозможность при формировании неовагины регулировать диаметр преддверья, её объем и глубину, а также рубцовое сужение или сморщивание кожного футляра неовлагалища в послеоперационном периоде вследствие недостаточного кровоснабжения и трофики тканей, отсутствие тактильной и эрогенной чувствительности дистальных его отделов, изменение направления неовагины в промежности, затрудняющее половую жизнь.

Значительно эффективней модифицированная вагинопластика инверсированным кожно-спонгиозным лоскутом, предложенная Н.О. Милановым и Р.Т. Адамяном в 1997 г. [4]. Согласно данной методике, кожно-спонгиозный лоскут неовагины формируется с сохранением сосудисто-нервного пучка, который выделяется изолированно от кожных покровов и головки пениса. В результате частично сохраняются кровоснабжение, чувствительная иннервация и эрогенная зона. Лоскут мобилизуется циркулярным разрезом у основания полового члена и

вворачивается в сформированный тоннель в области промежности между мочевым пузырем и прямой кишкой.

Указанный способ вагинопластики у пациентов с небольшими размерами полового члена, при наличии фимоза, а также при длительном применении заместительной феминизирующей гормонотерапии, изменяющей пластические и текстурные свойства полового члена, не позволяет создать искусственное влагалище достаточных размеров: глубины, объема и диаметра входа во влагалище. Поскольку вход во влагалище формируется швами по окружности, это способствует образованию непрерывного кругового рубца у входа во влагалище, нередко подвергающегося рубцово-фиброзным изменениям, что снижает эластичность кожного лоскута, затрудняет в дальнейшем введение полового члена во время полового акта, ухудшает сексуальную реабилитацию пациентов.

Материалы и методы исследования

Нами разработан метод вагинопластики, направленный на предотвращение образования непрерывного, кругового послеоперационного рубца в преддверии неовагины, увеличение диаметра входа и её объема, улучшение функциональных характеристик и сексуальной реабилитации пациенток путём изменения способа формирования кожно-спонгиозного лоскута, а также создания дополнительного кожного

промежностного лоскута с последующим его вшиванием в заднюю стенку сформированного входа в неовлагалище (патент РФ № 2554308) [5].

Вагинопластика при проведении феминизирующей коррекции пола осуществляется кожно-спонгиозным лоскутом полового члена, который формируется не круговым, а в виде перевернутой «У» разрезом кожи мошонки и промежности таким образом, что сохраняется широкий кожный перешеек с лобковой областью и дополнительно выкраивается кожный промежностный лоскут. Он имеет форму «язычка» и формируется от срединной линии промежности вправо и влево так, что лоскут шириной 2–3 см, а длиной 4–6 см располагается на промежности основанием к заднему проходу на *lin. biischiadica*, а свободный конец его обращен к корню мошонки. Сформированный лоскут в последующем вшивается в продольный разрез инверсированной кожи полового члена, что позволяет увеличить размер входа во влагалище и его объем. Согласно предложенной методике, на задненижней полуокружности входа в сформированном влагалище отсутствует непрерывный послеоперационный рубец, что увеличивает эластичность неовагины и улучшает условия для полового контакта. Кроме того, мобилизация сосудисто-нервного пучка производится с сохранением септальных связей с подкожной клетчаткой и кожей полового члена, тем самым полностью сохраняются сосудистые связи и иннервация тканей кожно-спонгиозного лоскута, что улучшает (по сравнению с прототипом) трофику неовагины и чувствительность спонгиозного тела головки, которая становится искусственной шейкой. Промежностно-мошоночный доступ при формировании влагалища кожно-спонгиозным лоскутом полового члена позволяет сохранить целостность передней стенки неовагины и избежать формирования рубца в передневерхней полуокружности сформированного влагалища. Отсутствие непрерывного кругового послеоперационного рубца в преддверии препятствует последующему сужению входа во влагалище.

Операция выполняется в положении Тренделенбурга (с разведенными ногами). Разрез кожи мошонки длиной 6–8 см производится по срединной линии (*raphe*) над бульбарным отделом пещеристого тела по направлению к заднему проходу до окончания этого отдела. В дальнейшем разрез продолжается по двум линиям, направленным к точкам, симметрично расположенным от срединной линии промежности влево и впра-

во на 1–1,5 см на границе переднего и заднего отделов промежности, с выкраиванием лоскута в виде язычка из кожи промежности шириной 2–3 см, длиной 4–6 см, основанием к заднему проходу на *lin. biischiadica* и свободным концом, обращенным к мошонке (рис. 1).



Рис. 1. Разрез на промежности с выкраиванием лоскута

Кавернозные тела вместе с мочеиспускательным каналом вывихивают в рану, выполняют мобилизацию уретры, отпрепаровывая её проксимально от пещеристых тел до бульбозного отдела. В дистальной части пениса у спонгиозного тела головки полового члена уретру прошивают, перевязывают и отсекают. В проксимальный конец её устанавливают катетер Фоли (№ 14–16 по Шарьеру).

Затем выполняют мобилизацию тыльного сосудисто-нервного пучка, состоящего из 2 тыльных артерий, одноименной вены и нервов. Для сохранения адекватного кровоснабжения и чувствительности кожных покровов и головки полового члена сосудисто-нервный пучок отпрепаровывают от кавернозных тел не изолированно, а вместе с тканями и кожными покровами полового члена, не повреждая сосуды и нервы, интимно прилегающие к белочной оболочке. Манипуляцию начинают с нижнебоковых поверхностей пещеристых тел. Мобилизацию сосудистого пучка выполняют вместе с фасциальными оболочками по всей длине тыльной и боковых поверхностей полового члена. Кавернозные тела отделяют от головки и резецируют после прошивания ножек полового члена.

Таким образом получают полнослойный кожный футляр полового члена, связанный широким кожным перешейком с лобковой областью, в комплексе со спонгиозной тканью головки по-

лового члена и с сохраненной сосудистой ножкой и её септальными связями с кожей по всей длине, что полностью обеспечивает кровоснабжение и иннервацию этого комплекса тканей (рис. 2).

Неовагина формируется путем вворачивания данного лоскута в тоннель, сформированный в промежности между мочевым пузырем и прямой кишкой (рис. 3). В результате передняя стенка вагины становится продолжением кожи лобковой области, переходящей в кожу полового члена. На задней стенке неовагины производят разрез кожи, в который вшивают ранее сформированный «язычковый» промежностный лоскут.

Проксимальный конец уретры выводят через небольшой разрез кожи в преддверии передней стенки неовагины и фиксируют швами к коже. Половые губы преддверия неовагины формируют из оставшихся тканей частично резецированной мошонки.

Дренажирование раны осуществляется двумя полиэтиленовыми трубками, установленными в промежностном тоннеле параллельно неовагине и выведенные через две контрапертуры. Неовагину тампонируют с использованием 10% линимента синтомицина.

При благоприятном течении дренажные трубки удаляют на 3–4-е сутки. Смена тампона производится на 6–7-е сутки. Швы снимают на 9–10-е сутки, а в области искусственного отверстия уретры, на 12-е сутки. Катетер Фоли удаляют на 9–10-е сутки (рис. 4).



Рис. 2. Сформирован кожно-спонгиозный лоскут мобилизацией кавернозных тел и уретры



Рис. 3. Кожно-спонгиозный лоскут внедрён в тоннель, сформированный на промежности



Рис. 4. Окончательный вид наружных половых органов через 4 недели после операции

Результаты и их обсуждение

Результатом операции является отсутствие кругового шва при входе в неовагину, хорошее её кровоснабжение и иннервация, что способствует быстрому приживлению тканей и сексуальной реабилитации.

Вагинопластика по предложенной методике выполнена 18 пациентам при хирургической коррекции пола из мужского в женский. Послеоперационный период во всех наблюдениях протекал без осложнений.

При динамическом наблюдении в сроки до 7 лет отмечено, что все оперированные довольны анатомическими и косметическими результатами вагинопластики, обеспечивающими полноценную сексуальную и социальную адаптацию в новом физическом поле.

Пациентки находятся под наблюдением, осваивают анатомические особенности сформированных половых органов и, преодолевая неуверенность, адаптируются к половой жизни.

Сроки начала половой жизни составили от 2 месяцев до 1 года, при проведении полового акта пациентки использовали искусственную смазку (гели, мази).

Проведено анкетирование с самооценкой общего состояния, а также функциональные исследования: вагинография, кольпоскопия, урофлоуметрия, исследование чувствительности неовлагалища и искусственной шейки. В ходе исследования установлено, что размер входа, глубина и расположение вновь образованного влагалища у 15 оперированных были оптимальными для интроекции и проведения полового акта. Глубина проникновения фаллоимитатора составляла от 9 до 15 см при его окружности от 10 до 12 см. У большинства пациентов кожная чувствительность искусственной шейки неовлагалища отчетливо установлена с 4–6-й недели после операции. При вагинографии и кольпоскопии установлено, что спонгиозное тело головки полового члена занимает положение искусственной шейки матки. Всеми оперированными отмечено, что наличие искусственной шейки способствует формированию полноценного физиологического оргазма и сексуальной адаптации в жизни. Трём пациенткам рекомендована консультация сексолога, после чего подбором поз и положения тела во время полового акта достигнута сексуальная адаптация. По данным урофлоуметрии, у оперированных пациентов получены урофлоуграммы с небольшими различиями показателей максимальной скорости мочеиспускания в пределах нормы.

При оценке социального статуса констатировано, что 5 пациенток повысили свой образовательный уровень, окончив институт, большинство (10 человек) сменили место работы, но при

этом сохранили специальность. Необходимо отметить, что 5 пациенток состоят в браке, 10 – в гражданском браке и живут половой жизнью, а 5 из них воспитывают детей. Остальные продолжают бужирование неовагины и находятся под наблюдением врача.

Выводы

Клинический опыт проведенных операций свидетельствует о том, что сохранение сосудисто-нервной ножки создает условия для васкуляризации и иннервации неовлагалища и спонгиозного тела головки полового члена, которое при инверсии превращается в искусственную шейку матки.

Формирование полнослойного кожного лоскута с сохранением септальных связей с фасциями обеспечивают мобильность кожи, что снижает её травматизацию при фрикциях во время полового акта.

Использование предложенной методики вагинопластики у пациентов с небольшими размерами полового члена позволяет получить приемлемые анатомо-функциональные размеры неовагины и улучшить результаты оперативного вмешательства.

Применение микрохирургических методик дает хороший функциональный и эстетический результат при феминизирующей смене пола, способствует быстрой социально-бытовой адаптации и сексуальной реабилитации, улучшает сексуальные ощущения и качество жизни оперированных.

Литература

1. *Edgerton, M.T.* Surgical construction of the vagina and labia in male Transsexuals / M.T. Edgerton // *Plast. Reconstr. Surg.* – 1974. – Vol.1(2). – P. 285–288.
2. *Chang, Z.J.* Vaginal reconstruction with axial subcutaneous pedicle flap from the inferior abdominal wall: A new method / Z.J. Chang [et al.] // *Plast. Reconstr. Surg.* – 1974. – Vol. 83. – P. 1005.
3. *Eicher, W.* Transsexualismus. Stuttgart / W. Eicher. – 1984. – 190 с.
4. *Миланов, Н.О.* Коррекция пола при транссексуализме / Н.О. Миланов [и др.]. – М., 1999.
5. *Михайличенко, В.В.* Вагинопластика при транссексуализме кожно-спонгиозными структурами полового члена / В.В. Михайличенко [и др.] // *Андрология и генитальная хирургия.* – 2002. – № 3. – С. 55–57.