

Кадлубай Л. А., Комяк Я. В.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНИ ПЕЙРОНИ
Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Гаврусев А. А.

Кафедра урологии

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

По различным данным болезнь Пейрони встречается у 0,4-5% и более (число с каждым годом увеличивается) мужского населения в возрасте от 20 до 50 лет, то есть в период максимальной половой активности. Фибробластическая индурация полового члена не относится к числу опасных для жизни заболеваний, однако вызывает дискомфорт в повседневной жизни, так как сопровождается болезненным мочеиспусканием и половой дисфункцией, что часто приводит к невротизации и депрессии, кроме того нередко становится причиной распада браков. Поэтому изучение хирургических методов лечения данного заболевания на сегодняшний день остаётся актуальной темой.

Для назначения хирургического лечения болезни Пейрони основными являются следующие условия: неудачное консервативное лечение, продолжительность заболевания не менее года, искривление полового члена не менее 45° или наличие болевых ощущений во время полового акта, стабильный воспалительный процесс на протяжении не менее 6 месяцев, кальцификация бляшек. Существует три основных типа оперативного вмешательства при данной патологии: укорачивающие методики (пликации), операции на основе иссечения бляшек и протезирование.

Пликации проводятся как со вскрытием белочной оболочки (классическая операция Несбита), так и без (операция Несбита – Щеплева). Классический вариант операции подразумевает удаление участка полового члена на контрлатеральной искривлению стороне и проводится только при сохранении нормальной эректильной функции. В ходе операции выполняют циркулярный разрез кожи полового члена, затем рассекают и сдвигают к корню фасции, в кавернозные тела вводят иглу для воссоздания эрекции (инъекция 100 мл стерильного физиологического раствора), далее проводят иссечение эллипсоидного фрагмента белочной оболочки в области максимальной деформации пениса, после ушивают внутренние слои раны. Для контроля коррекции перед наложением кожных швов снова индуцируют эрекцию. Модификация Щеплева заключается в создании дубликатуры белочной оболочки путём наложения нерассасывающихся швов без иссечения кавернозных тел.

Иссечение и графтинг в настоящее время применяют редко ввиду частых послеоперационных осложнений. Как правило к этому методу прибегают при невозможности проведения пликации (например, при малой длине полового члена, при искривлении более 60°). Возникший в результате иссечения фиброзной бляшки дефект белочной оболочки подлежит замещению – графтингу, или корпоропластике. Материалом для корпоропластики могут служить природные трансплантаты: аутооттрансплантаты (венозная стенка, фрагмент фасции), аллотрансплантаты (трупный перикард), ксенотрансплантаты (подслизистая пластинка тонкого кишечника животных) – или синтетические: гетеротрансплантаты (гортекс, дексон, силастик).

К имплантации протезов прибегают в случае обширных поражений полового члена и эректильной дисфункции, нечувствительной к ингибиторам фосфодиэстеразы-5. Этот метод является наиболее современным и совершенным. В урологической практике на сегодняшний день используют два вида фаллопротезов: сгибаемые и наполняемые (двух- и трёхкомпонентные).

За последние 3 года в Беларуси было выявлено 20 случаев хирургического лечения болезни Пейрони. У пациентов отмечались такие симптомы, как искривление полового члена, а также болевые ощущения при процессе мочеиспускания и половом акте, что в 80% случаев стало причиной минимализации или полного отказа от секса. Средний период от начала заболевания до операции составил 5,4 года.