

Хирургическое лечение болезни Пейрони, сочетанной с эректильной дисфункцией

И.И. Горпинченко, А.М. Корниенко, Ю.Н. Гурженко, М.Г. Романюк, В.В. Билоголовская, Н.А. Степаненко

ГУ «Институт урологии НАМН Украины», г. Киев

В статье рассмотрен опыт хирургического лечения пациентов с болезнью Пейрони на фоне имеющихся нарушений эрекции. У большинства (58,5%) пациентов необратимые нарушения кавернозной гемодинамики вызваны артерио-венозной недостаточностью сосудов полового члена. Основной сопутствующей патологией являлись сахарный диабет 2-го типа (65,5%) и ишемическая болезнь сердца (63,7%). Улучшение прогноза при хирургическом вмешательстве обеспечивают деликатная техника имплантации протезов, а также коррекция деформации полового члена путем иссечения бляшки с вариантами графтинга. Вызванное развитием бляшки укорочение полового члена удается скорректировать на 59,3% от утраченной длины. 91,4% пациентов удовлетворены результатами операции и качеством сексуальной жизни.

Ключевые слова: болезнь Пейрони, эректильная дисфункция, эндофаллопротезирование.

Болезнь Пейрони (фибробластическая индукция полового члена) – патологический процесс с преимущественной локализацией в белочной оболочке и перегородке кавернозных тел полового члена (ПЧ), который морфологически является воспалительным процессом и приводит к деформации ПЧ во время эрекции [1, 2].

Исторически, по данным множества источников, была отслежена связь между болезнью Пейрони (БП) и наличием коллагенопатий у пациентов, обращающихся к сексопатологу с деформацией ПЧ при эрекции. Так, БП сочетается с контрактурой Дююитрена, келлоидозом (склерозом ушных раковин), плече-лопаточным периартритом (болезнью Дюшле). Общность патогенеза, схожесть поражения соединительной ткани свидетельствует о системном процессе с различной локализацией изменений.

Ссылаясь на мнения различных авторов, можно отметить, что распространенность БП составляет около 1% от количества мужчин сексуально активного возраста [1, 3, 4]. И если ранее БП преимущественно поражала мужчин старше 40 лет, то в последние годы в нашу клинику с данной проблемой обращаются молодые люди в возрасте 19–22 лет [3].

На наш взгляд, БП в конечной стадии является хирургической проблемой. Подавляющее большинство пациен-

тов обращаются к врачу после периода активного воспаления, уже на фоне сформированной, а часто и кальцинированной бляшки, с резистентной к терапии деформацией, и нередко с нарушениями самой эрекции. Многообразие консервативных методов, к сожалению, не гарантирует инволюции бляшки и восстановления нормальной анатомии и физиологии ПЧ. Дегенеративные изменения нервных окончаний и нарушения кавернозной гемодинамики переходят в необратимую стадию.

Данная группа пациентов, с самыми тяжелыми поражениями белочной оболочки и кавернозной ткани, может быть возвращена к сексуальной активности только путем имплантации пенильных протезов с одномоментной коррекцией деформации ПЧ [2].

В клинике отдела сексопатологии и андрологии ДУ «Институт урологии НАМН Украины» за период с 01.01.2007 по 31.07.2013 г. произведено эндофаллопротезирование 58 пациентам с БП, возрастной диапазон больных 39–67 лет

Средний возраст: 51,6±3,4 года (n=58) (Microsoft Excel Statistica 6,0).

Варианты деформации ПЧ представлены в табл. 1.

Угол девиации до операции варьировал от 60° до 90°. Средний угол девиации 65°±4,1°. Укорочение ПЧ (разница длины между малой и большой кривизной при эрекции) как следствие фиброза составляло от 17% до 38%. Среднее укорочение ПЧ до операции составило 27%±5,8%. Варианты деформации ПЧ представлены на фото 1–3.

Всем пациентам перед проведением оперативного вмешательства с целью определения кавернозного кровотока, размеров бляшки и деформации ПЧ производили доплерографию сосудов ПЧ на фоне фармакологической индукции эрекции.

Вариабельность размеров бляшки и частота кальцификации представлены в табл. 2.

Таблица 1

Варианты деформации ПЧ у прооперированных пациентов с БП

Варианты деформации ПЧ	Количество больных (%)
Дорсальная девиация ПЧ	27 (46,6)
Дорсолатеральная девиация ПЧ вправо	9 (15,5)
Дорсолатеральная девиация ПЧ влево	22 (37,9)
Всего	58 (100)



Фото 1. Дорсолатеральная девиация ПЧ влево



Фото 2. Дорсолатеральная девиация ПЧ вправо



Фото 3. Дорсальная девиация ПЧ



Фото 4. Гиперэхогенное образование в белочной оболочке, дающее акустическую тень



Фото 5. По наружной поверхности левого кавернозного тела определяются множественные бляшки, дающие акустическую тень

Таблица 2

Вариабельность размеров бляшки и частота кальцификации у прооперированных пациентов с БП

Показатель	Минимальное значение	Максимальное значение
Продольный размер бляшки (см)	0,3	7,2
Поперечный размер бляшки (см)	0,1	2,7
Кальцификация бляшки	38 (65,5%)	

Таблица 3

Характеристики кавернозной гемодинамики у прооперированных пациентов с БП

Показатель	Количество больных (%)
Артериальная недостаточность сосудов ПЧ	11 (19)
Корпоральная вено-окклюдивная дисфункция (КВОД)	13 (22,5)
Сочетанное (артерио-венозное) нарушение пенильного кровотока	34 (58,5)

Таблица 4

Сопутствующая соматическая патология у прооперированных пациентов с БП

Сопутствующая патология	Количество больных (%)
Сахарный диабет 1-го типа	7 (12)
Сахарный диабет 2-го типа	38 (65,5)
Гипертоническая болезнь	29 (50)
Варикозная болезнь нижних конечностей	13 (22,4)
Ишемическая болезнь сердца	37 (63,7)
Состояние после трансплантации почки	1 (1,7)
Контрактура Дюпюитрена	2 (3,4)

Визуализация бляшки при ультразвуковом исследовании ПЧ в режиме серой шкалы (В – режим) представлена на фото 4,5.

Данные, характеризующие кавернозную гемодинамику, представлены в табл. 3.

Крайне полезную информацию при подготовке оперативного вмешательства могут дать лучевые методы диагностики. Исходные данные по топографии бляшки, ангиоархитектонике, вовлечении в процесс кавернозной



Фото 6. КТ полового члена на фоне фармакологически индуцированной эрекции (альпростан 15 мкг интракавернозно). Деформация ПЧ незначительная. Визуализация кальцинированных бляшек в дистальном сегменте по дорсальной и вентральной поверхности кавернозных тел

Таблица 5

Модели используемых имплантов

Модель импланта	Количество имплантаций
Полужесткие эндофаллопротезы	19
AMS 650 (пластический)	5
AMS Spectra	32
AMS 700 CX	2

Таблица 6

Варианты имплантаций и использование графта

Варианты имплантаций	Количество больных (%)
Имплантация без наложения графта	38 (65,5)
Имплантация с использованием синтетического графта	13 (22,4)
Имплантация с использованием биологического графта	7 (12,1)

ткани можно получить с помощью мультidetекторной компьютерной томографии (КТ) или магнитно-резонансной томографии (МРТ).

Результаты исследования лучевыми методами представлены на фото 6, 7.

Хочется особо отметить, что ни угол искривления ПЧ, ни размеры и структурные особенности бляшки не являлись показанием для проведения эндофаллопротезирования. Решение об установке имплантов принимали на основе жалоб пациентов о нарушении эректильной функции и невозможности жить половой жизнью и доказанных нарушений кавернозной гемодинамики.

Соматический фон пациентов подвергался анализу с целью определения риска возможных осложнений оперативного вмешательства и наличия системной патологии соединительной ткани.

Данные по сопутствующим заболеваниям у пациентов с БП представлены в табл. 4.

Устанавливали импланты различных модификаций: полужесткие, AMS 650, AMS Spectra, AMS 700CX.

Выбор эндофаллопротеза являлся общим решением пациента и врача. Учитывали материальные возможности пациента для приобретения импланта, объем и прогноз

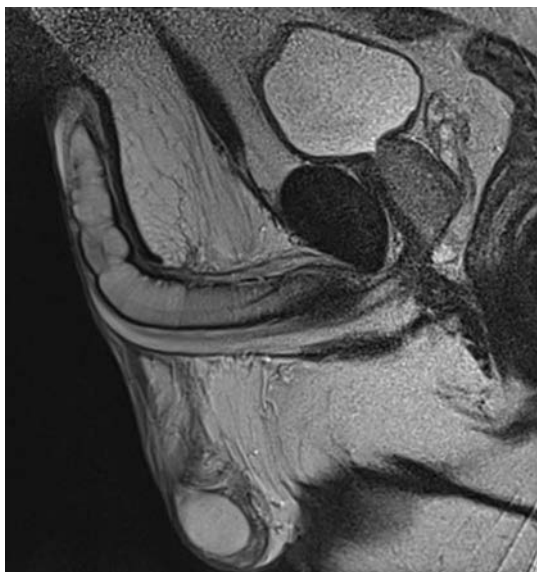


Фото 7. МРТ полового члена на фоне фармакологически индуцированной эрекции (альпростан 15 мкг интракавернозно). Угол дорсальной девиации более 70°. Множественные участки локального фибротического характера в среднем и дистальном отделе ПЧ, выраженная деформация белочной оболочки



Фото 9. Через пеноскротальный разрез ПЧ вывихнут в рану



Фото 8. ПЧ скальпирован, мобилизован дорсальный сосудисто-нервный пучок

успешной операции и заживления раны, в зависимости от особенностей расположения бляшки и пенильной деформации. Естественно, обсуждались и функциональные, и эстетические аспекты сексуальной функции и качества жизни пациента в отдаленный период.

Распределение по моделям используемых пенильных имплантов представлено в табл. 5.

Техническими особенностями эндофаллопротезирования у пациентов с БП являются: субкоронарный доступ, а в случае имплантации гидравлического протеза дополнительно пеноскротальный разрез; скальпирование ПЧ, мобилизация дорсального сосудисто-нервного пучка, ослабляющие



Фото 10. «Тугопласт® Перикард» – обезвоженный перикард организма человека, стерилизованный гамма-облучением

наружные разрезы на бляшку без проникновения в кавернозную ткань; деликатная техника установки имплантов в кавернозные тела. В случае, если после выполнения этих условий на установленном импланте девиация сохраняется $\geq 30^\circ$, производится иссечение бляшки, закрытие дефекта графтом из синтетического или биологического материала.

Варианты имплантации и использование графта представлены в табл. 6. Фрагменты операции представлены на фото 8–18.

Наблюдаемые осложнения после имплантации представлены в табл. 7.

При необходимости – репротезирование более совершенной моделью импланта с вариантами пластики ПЧ.

В наблюдаемой группе динамического наблюдения требовали состояния, улучшения в которых предопределено раневым процессом и временем послеоперационной реабилитации: потеря чувствительности головки ПЧ,

Осложнения после эндофаллопротезирования у пациентов с БП

Вид осложнения	Количество случаев (%)	Исход осложнения
Синдром хронической дистальной боли	2 (3,5)	Эксплантация, репротезирование более совершенной моделью импланта
Перелом полужесткого импланта	5 (8,6)	Эксплантация неисправного протеза, репротезирование с заменой импланта
Потеря чувствительности головки ПЧ	8 (13,8)	Разрешение
Лимфостаз ПЧ	4 (7)	Разрешение
Гематома ПЧ	1 (1,7)	Разрешение
Диссатисфакция пациента	5 (8,6)	Рациональная психотерапия. При необходимости – репротезирование более совершенной моделью импланта с вариантами пластики ПЧ



Фото 11. Бляшка размечена, наложены держатели

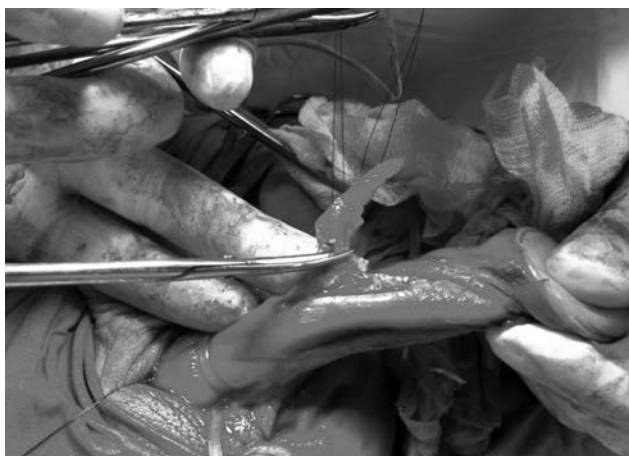


Фото 12. Произведена резекция бляшки

лимфостаз и гематома ПЧ. Более активных действий, в том числе и повторного хирургического вмешательства, требовали: перелом полужесткого импланта, синдром хронической дистальной боли (боль в области головки ПЧ после имплантации) и диссатисфакция пациента результатами операции. Неудовлетворенность пациентов носила прежде всего психологический характер и была связана с утратой природного размера ПЧ.

В отдаленный период послеоперационного наблюдения повторения выраженной деформации ПЧ не наблюдалось. Угол сохранившейся девиации варьировал от 0° до 15°, что не вызывало проблем при сексуальных контактах.

Крайне волнующим фактором для части пациентов является восстановление длины ПЧ. Протезирование на фиброзно-измененных тканях несет в себе дополнительные риски, поэтому требуется установка импланта несколько меньшего размера для предотвращения натяжения тка-

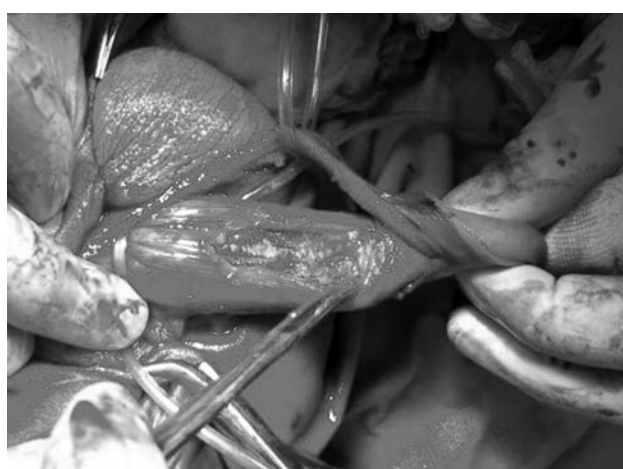


Фото 13. Дефект белочной оболочки. Визуализируются диффузные фибротические изменения межкверозной перегородки

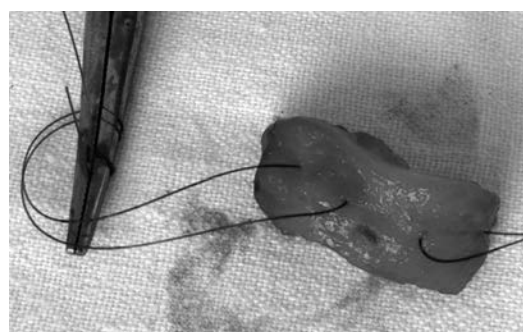


Фото 14. Удалённая бляшка

ней, пролежней и протрузии. Потеря длины после имплантации по отношению к изначальным (до болезни) размерам большой кривизны составила от 8% до 15%. Среднее укорочение ПЧ по отношению к исходным размерам большой кривизны составило в группе 11% (n=58).

Учитывая, что до операции среднее укорочение ПЧ как разница длины между малой и большой кривизной при эрекции составляло 27% (n=58), мы получаем следующую цифру: имплантация скорректировала потерянную длину ПЧ в среднем на 16% от исходных 27% (n=58), т.е. больше половины утраченной длины (59,3%) удается восстановить.



Фото 15. В кавернозные тела установлены и наполнены гидравлические импланты, визуализация истинного размера дефекта белочной оболочки



Фото 16. Имплант «Тутопласт® Перикард» подводится к дефекту



Фото 17. Дефект белочной оболочки ушит обвивным швом



Фото 18. Конечный результат

ВЫВОДЫ

1. В исследуемой группе пациентов с БП в 58,5% случаев необратимые нарушения кавернозной гемодинамики вызвано артерио-венозной недостаточностью сосудов ПЧ, в 22,5% случаев – КВОД, в 19% случаев – артериальной недостаточностью сосудов ПЧ. Основной сопутствующей патологией являлись сахарный диабет 2-го типа (65,5%) и ишемическая болезнь сердца (63,7%).

2. Равноценно важными с точки зрения хирургической тактики являются и техника имплантации протезов, и коррекция деформации ПЧ путем иссечения бляшки с вариантами графтинга.

3. В исследуемой группе 91,4% пациентов удовлетворены результатами операции и качеством сексуальной жизни.

Хірургічне лікування хвороби Пейроні, поєднаної з еректильною дисфункцією

І.І. Горпинченко, А.М. Корнієнко, Ю.Н. Гурженко, М.Г. Романюк, В.В. Білоголовська, Н.А. Степаненко

У статті розглянуто досвід хірургічного лікування пацієнтів з хворобою Пейроні на тлі наявних порушень ерекції. У більшості (58,5%) пацієнтів незворотні порушення кавернозної гемодинаміки спричинені артеріо-венозною недостатністю судин статевого члена. Основною супутньою патологією були цукровий діабет 2-го типу (65,5%) та ішемічна хвороба серця (63,7%). Поліпшення прогнозу при хірургічному втручанні забезпечують делікатна техніка імплантації протезів, а також корекція деформації статевого члена шляхом висічення бляшки з варіантами графтингу. Спричинене розвитком бляшки укорочення статевого члена вдається скоригувати на 59,3% від втраченої довжини. 91,4% пацієнтів задоволені результатами операції і якістю сексуального життя.

Ключові слова: хвороба Пейроні, еректильна дисфункція, ендофаллопротезування.

Surgical treatment of Peyronie's disease, combined with erectile dysfunction

**I.I. Gorpinchenko, A.M. Kornienko,
Yu.N. Gurzhenko, M.G. Romanyuk,
V.V. Bilogolovskaya, N.A. Stepanenko**

The article describes the experience of surgical treatment of Peyronie's disease patients on the background of existing violations of erection. The majority (58,5%) of patients irreversible damages of

cavernous hemodynamic were caused by arterio-venous insufficiency of penile blood vessels. The main co-morbidities were diabetes mellitus type 2 (65,5%) and ischemic heart disease (63,7%). Improved prognosis of surgical implantation technique is provided by delicate technique of implantation, as well as by correction of the deformity with penile plaque excision and grafting options. Penile shortening, caused by the development of plaques was corrected by 59,3% of the lost length. 91.4% of patients were satisfied with the results of operations and the quality of sexual life.

Key words: *peyronie's disease, erectile dysfunction, penile implantation.*

Сведения об авторах

Горпинченко Игорь Иванович – ГУ «Институт урологии НАМН Украины»; г.Киев, ул.Ю.Коцюбинского 9а;

E-mail: sexology@sexology.kiev.ua

Корниенко Алексей Михайлович – ГУ «Институт урологии НАМН Украины»; г.Киев, ул.Ю.Коцюбинского 9а; тел.: (044) 4865194. E-mail: androlog.alex@gmail.com

Гурженко Юрий Николаевич – ГУ «Институт урологии НАМН Украины»; г.Киев, ул.Ю.Коцюбинского 9а; E-mail: sexology@sexology.kiev.ua

Романюк Максим Григорьевич – ГУ «Институт урологии НАМН Украины»; г.Киев, ул.Ю.Коцюбинского 9а; тел.: (066) 4236140. E-mail: Maxxhole@mail.ru

Билоголовская Валентина Васильевна – ГУ «Институт урологии НАМН Украины»; г.Киев, ул.Ю.Коцюбинского 9а; тел.: (044) 4865972. E-mail: igorbil4@gmail.com

Степаненко Наталья Александровна – ГУ «Институт урологии НАМН Украины»; г.Киев, ул.Ю.Коцюбинского 9а; тел.: (067) 4468186. E-mail: mnst@ukr.net

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- | | | | |
|--|---|---|--|
| 1. Гурженко Ю.Н. Фибропластическая индурация полового члена. – К., 2004. – 382с. | 2. Горпинченко И.И., Гурженко Ю.Н. Морфологическая классификация болезни Пейрони. – Приложение к журналу «Андрология и генитальная хирургия». – Тезисы научных трудов – 1-й конгресс ПААР. – С. 153–154 – Киев-ловодск – 22–26.04.01. | 3. Диспансерный мониторинг больных с болезнью Пейрони. – Здоровье мужчины. – 2002. – № 2. – С. 31–33. | 4. Anthony J. Bella, MD FRCS(C), Michael A. Perelman, PhD, William O. Brant, Tom F. Lue, MD. Peyronie's Disease. The Journal of Sexual Medicine 2007;4:1534. |
|--|---|---|--|

Статья поступила в редакцию 14.08.2013

Н О В О С Т И М Е Д И Ц И Н Ы

**ОБНАРОДОВАНЫ КАТАСТРОФИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ
ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТИ**

В отчете американского центра по контролю и профилактике заболеваний сообщается, что бактерии, устойчивые к антибиотикам, заражают и приводят к тяжелым осложнениям около 2 миллионов человек в год в одних только Соединенных Штатах, из них 23 тысячи человек погибают от лекарственно устойчивых инфекций. Результаты проведенного исследования опубликованы в журнале JAMA Internal Medicine.

"Если мы не будем сейчас предпринимать никаких действий, в будущем у нас не будет антибиотиков, которые смогут спасти наши жизни", - предупреждает Том Фриден, глава исследования.

Выводы доклада вызвали общественное давление на администрацию продуктов питания и медикаментов США с целью запретить владельцам ферм использовать антибиотики в откорме животных.

На настоящий момент, по подсчетам исследователей, около 80 процентов всех антибиотиков в США увеличивают риск появления резистентных штаммов микроорганизмов, поэтому необходимо организовать стратегию разумного использования антибиотиков на фермах.

В докладе исследователи отмечают, что одной из важных причин приобретения микроорганизмами лекарственной устойчи-

вости является также неадекватный прием антибиотиков. Фриден считает, что в приеме некоторых лекарственных препаратов, назначаемых врачами, нет необходимости, так же, как и в применении многих антибиотиков в животноводстве.

"Чтобы полностью преодолеть эту угрозу, мы должны положить конец излишнему использованию антибиотиков, - процитировал NewScientist комментарий Мэ Ву (Maе Wu), члена Совета по защите природных ресурсов в Вашингтоне. - Мы не можем игнорировать их безудержное применение в животноводстве".

Источник: medportal.ru.