

РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ БОЛЕЗНИ ПЕЙРОНИ

*С.Г. Карагужин, В.А. Ковалев, С.В. Королева,
А.Н. Абдулхамидов, С.С.Шомиров*

Кафедра урологии и андрологии ИПК ФМБА России

Болезнь Пейрони – это идиопатический локальный фиброз развивающейся на белочной оболочке полового члена, который в дальнейшем приводит к искривлению полового члена и сексуальной дисфункции.

При неэффективности консервативной терапии и клинически значимых деформациях, приводящие к нарушению сексуальной функции пациентов, в стадии стабилизации заболевания показано оперативное лечение.

Реконструктивные операции включают в себя укорочение выпуклой стороны, удлинение вогнутой стороны и пенильное протезирование.

Проведенный нами анализ литературы свидетельствует о целесообразности дальнейшего изучения проблемы оперативного лечения болезни Пейрони.

Ключевые слова: Болезнь Пейрони, консервативная терапия, реконструктивные операции

Болезнь Пейрони (БП) относится к заболеваниям неясной этиологии и проявляется формированием плотной фиброзной бляшки на теле полового члена. В активной стадии заболевания проводится комплексное консервативное лечение. В стадии стабилизации, когда имеется клинически значимая деформация полового члена (более 30 градусов), единственным методом лечения является оперативное вмешательство.

История хирургического лечения болезни Пейрони насчитывает более 200 лет, развиваясь поэтапно от простого иссечения фиброзной бляшки, широко использовавшегося в 19 веке, до сложных лоскутных корпоропластических операций. Первый хирургический алгоритм, определяющий выбор корпоропластики в зависимости от степени выраженности деформации полового члена у пациентов с нормальной эректильной функцией был предложен Levine L.A. и Lenting E.L. [29]. В соответствии с алгоритмом, при искривлениях не более 60 градусов показана операция Nesbit или пликационные методики, а свыше 60 градусов – лоскутная корпоропластика; при сочетании болезни Пейрони с эректильной дисфункцией – фаллоэндопротезирование.

Операция Nesbit с 1965 года успешно применяется на практике для устранения искривлений при врожденной эректильной деформации, а первое сообщение об использовании этой методики при болезни Пейрони появляется в 1979 году Pгуот J.P. и Fitzpatrick J.M [38, 40]. Согласно методике Nesbit, на выпуклой стороне полового члена выполняется эллипсоидный разрез белочной оболочки от 0,5 до 1,0 см в ширину и в половину окружности полового члена, после чего рана зашивается нерассасывающимися шовным материалом. Эффективность метода по устранению деформации полового члена составляет 79-100%, с общим удовлетворительным результатом от 67 до 100% [42, 44]. Тем не менее, операция Nesbit, как и другие операции, имеет ряд осложнений.

Специфическим осложнением после операции Nesbit является укорочение полового члена, наблюдаемое в 100% случаев. Из них, критическое укорочение полового члена с потерей половой функции, по разным данным, происходит в 1,6-11,9%. Так, по данным Savoca G. с соавт., при ретроспективном анализе из 218 больных, перенесших операцию Nesbit, при 7-летнем наблюдении 5 больных (2,3%) были недовольны результатами хирургического лечения ввиду укорочения полового члена и появлением эректильных расстройств [46]. Схожие данные представлены и в работах Syed A.H. с соавт., – 11,9% [48], Ralph D.J. с соавт., – 1,6% [42].

Послеоперационная эректильная дисфункция (ЭД) встречается в 3,25-22,9% случаев [49]. По данным Vokarica с соавт., из 40 оперированных пациентов эректильная дисфункция развилась у 2 (5%) [4]. Авторы считают, что причиной развития послеоперационной ЭД могут быть

предоперационные изменения эректильной функции, интраоперационные повреждения кавернозной ткани и подоболочечных венозных сплетений. Во избежание повреждения кавернозной ткани Rehman J. с соавт. и Schneider T. с соавт. предлагают не полностью вырезать белочную оболочку, а срезать ее наружный слой и, не вскрывая внутренний, накладывать пликационные швы [43, 47].

Рецидив деформации полового члена в отдаленном периоде наблюдается в пределах 7-21%. По данным Andrews H.O. с соавт., из 359 оперированных пациентов в 31 случае (8,6%) отмечен рецидив искривления полового члена. Из них, в 11 случаях в результате прорезывания и рассасывания шовного материала, а в 20 – вследствие прогрессирования индуративного процесса. 16 пациентам, по данным авторов, потребовалось повторное оперативное вмешательство [3].

К другим осложнениям относят: резидуальное искривление (7,7-10,6%), гематому (3,0-8,9%), анестезию головки полового члена, связанную с травматическим повреждением сосудисто-нервного пучка (0-21,4%) [49].

На практике операция Nesbit не раз подвергалась модификациям, различаемым по количеству резецируемых участков, месту резекции и комбинациям с другими методиками. D. Yachia (1990) и R.J. Lemberger с соавт., (1984), модифицируя операцию Nesbit, предложили не иссекать лоскут из белочной оболочки, а в зоне максимального искривления полового члена производить продольный разрез (до 1,0 см) белочной оболочки и, если потребуется, рядом выполнять дополнительные мелкие продольные разрезы; рану сшивать в горизонтальном направлении [51, 27]. Эффективность операции Yachia по устранению деформации полового члена, судя по представленным в работах данным, составляет 79-95% [19, 45, 51], а по сведениям M.R. Licht и R.W. Lewis результаты этой операции сопоставимы с результатами операции Nesbit [31].

С целью сохранения целостности белочной оболочки в 1985 году Essed E., Schroeder F.H. и Ebbehoi J. Metz P. предложили другую методику, основанную на выполнении крючкообразного разреза фасции Buck с последующим натяжением краев рассеченной фасции «крест-накрест» [15, 13]. Эта процедура позволяла выпрямить деформацию полового члена без рассечения белочной оболочки. По данным Friedrich M.G., удовлетворительный результат операции составил 58,4%, тогда как в 41,6% случаях был отмечен рецидив искривления полового члена [16]. По мнению Cruseuga Betriu G., по критерию выпрямления деформации полового члена операция Essed уступает другим методикам [9].

В настоящее время наиболее распространенной операцией, наряду с операцией Nesbit, является пликация белочной оболочки. Основные принципы операции были описаны Nesbit R.M. еще в 1965 году, но широкую популярность она обрела в 1980-е годы [38]. Техника операции состоит в формировании дубликатуры белочной оболочки на выпуклой стороне в зоне максимального искривления посредством ее инвагинации, без вскрытия белочной оболочки. Последующие усовершенствованные разновидности пликации различаются выбором места и количеством дубликатур, а также вариантами формирования дубликатуры.

В соответствии с литературными данными, эффективность пликационных методик по критерию устранения деформации полового члена составляет от 52 до 96% [7, 18].

Специфическим послеоперационным осложнением, как и в предыдущих операциях, является укорочение полового члена, наблюдаемое в 100% случаев. Также существует ряд осложнений, связанных с использованием нерассасывающегося шовного материала: гранулемы и ирритативная болезненная симптоматика, вызываемая срезанными концами нитей. В некоторых случаях пальпируемые узлы являются причиной развития фистул [39, 47]. С целью решения данной проблемы H. Knispel с соавт. предложили использовать технику погружения узлов в белочную оболочку [25].

Все вышеперечисленные операции эффективны при искривлениях не более 60 градусов. При выраженных деформациях, превышающих 60 градусов, возникает необходимость в выполнении лоскутной корпоропластики [29].

Суть методики лоскутных корпоропластик заключается в рассечении бляшки и замещении образовавшегося дефекта белочной оболочки ауто- или аллопластическими материалами.

За прошедший век лоскутная корпоропластика претерпела немало изменений, как с технической стороны проведения операции, так и в связи с выбором используемого материала для закрытия дефекта белочной оболочки. Первая попытка устранения деформации полового члена

путем иссечения фиброзной бляшки с использованием жировой ткани, взятой из передней брюшной стенки, была предложена в 1950 году O.S. Lowsley и W.H. Boyce [32].

В 1974 году Horton C.E. и Devin C.J. опубликовали результаты операции с использованием кожного лоскута, взятым из подвздошного гребня; успех вмешательства составил 70% [12]. Положительные результаты с кожным лоскутом также приводятся в работах Hicks C.C. с соавт. (1978) [21], Kondás J. с соавт. (1998) [26]. Однако, Melman A., Holland T.F. и Dalkin B.L., Carter M.F. в своих работах подвергли резкой критике использование кожного лоскута в хирургическом лечении пациентов с болезнью Пейрони. По данным авторов, у всех пациентов, перенесших операцию Devine-Horton, в послеоперационном периоде развилась эректильная дисфункция в связи с венозной утечкой [35, 10].

Большой практический интерес в техническом плане вызвала работа M. Gelbard и B. Hayden (1991), предложивших не иссекать бляшку, а рассекать и закрывать дефект височной фасцией. Эффективность этой методики, по данным авторов, составила 100% (12 пациентов, срок наблюдения 1 год). Несмотря на то, что в последующем использование височной фасции в качестве трансплантата не получило широкого распространения, рассечение бляшки было внедрено в практику в качестве основного принципа выполнения современной лоскутной корпоропластики [17].

Определенный успех в последнее время имеет венозная корпоропластика, предложенная T.F. Lue и A.I. El-Sakka. Суть метода состоит в выделении фиброзной бляшки, выполнении над ней разреза с максимальным расширением краев раны и закрытием дефекта сегментом вены (заранее взятым из большой подкожной вены бедра) с эндотелием, обращенным к раневой поверхности. Затем края раны сопоставляют и фиксируют непрерывным обвивным швом [33]. По данным El-Sakka A.L. с соавт. (1998), изучение отдаленных результатов аутовенозной хирургии у 113 больных продемонстрировало в 92% случаев полную коррекцию девиации, а в 88% - удовлетворительный функциональный результат [14]. О положительных результатах аутовенозной хирургии сообщаются в работах Akkus E. с соавт. [2], Kalsi J. с соавт. [24], Adeniyi A. A. с соавт. [1], Montorsi F. с соавт. [37]. Авторы считают, что основными преимуществами аутовенозного лоскута являются оптимальная толщина венозных стенок, отсутствие иммунологического конфликта, наличие эластичных свойств, позволяющих растягиваться при наполнении кровью кавернозной ткани, а эндотелий вены, вырабатывая антикоагуляционные вещества (оксид азота) предотвращает формирование гематомы под заплатой.

В 1993 году Brock G. с соавт. и Brannigan R.E. с соавт. (1998) в экспериментальных работах доказали предпочтительность венозного лоскута перед кожными и синтетическими материалами, поскольку венозная заплатка легко приживается в пересаженной среде. Этот факт был подтвержден, в том числе, отсутствием склеротических изменений при морфологическом исследовании [5, 6].

Hsu Y.S. с соавт. (2003) предлагают при 1,5см бляшке в качестве альтернативного материала использовать дорсальную вену полового члена. По опыту авторов (24 больных), успех операции составил 96% [22].

В литературе также широко обсуждаются некоторые технические стороны рассечения фиброзной бляшки при использовании аутовены. Так, De-Stefani с соавт. предлагают выполнять «W»-образный разрез бляшки – это позволяет экономно получить венозный материал. По данным авторов (8 корпоропластик), удовлетворительный результат получен в 87,5% случаев [11]. А, например, J. Kalsi. с соавт. считают, что выполнение «I»-образного разреза бляшки менее травматично, более экономно и лучше сохраняет целостность белочной оболочки [24]. При этом, венозный материал, если позволяет размер дефекта, авторы рекомендуют брать из паховой области, т.к. готовится одно операционное поле. При больших размерах бляшки T.F. Lue с соавт. предлагают использовать «H»-образный разрез, позволяющий успешно выпрямить искривления полового члена [33].

По суммированным данным, эффективность аутовенозной хирургии по устранению деформации полового члена составляет 75-95%, функциональный результат достигает 80-90%, частота развития послеоперационной эректильной дисфункции варьирует от 5 до 12%, а укорочение полового члена отмечается в 35-40% [23, 49]. Во избежание укорочения полового члена многие авторы предлагают использовать вакуум эректор в послеоперационном периоде [8, 34].

Кроме того, в литературе встречаются работы по применению таких аутотрансплантатов, мышечный апоневроз, влагалищная оболочка яичка, белочная оболочка кавернозных тел, широчайшая фасция, слизистой щеки; гетеротрансплантатов: трупный перикард (tutoplast), бычий перикард, твердая мозговая оболочка, подслизистая кишечника свиньи; а также синтетических материалов (Gore-tex, Dacron) [23]. Основным недостатком предложенных трансплантатов, как показывает практика, является фиброзирование и уменьшение в размерах трансплантата, что приводит к рецидивным искривлениям. Установлено, что в синтетических материалах отсутствует эластичность, присущая белочной оболочке, в результате при эрегированном состоянии полового члена развивается эректильная деформация на оперированной стороне. Кроме того, имеет место высокий процент отторжения материала и выраженный процесс фиброирования по краю синтетического трансплантата [28].

Последним этапом лечения болезни Пейрони в сочетании с эректильной дисфункцией является протезирование полового члена. Технически протезирование полового члена у больных с болезнью Пейрони значительно отличается от стандартных методик, поскольку фиброзная бляшка нередко приводит к сужению диаметра кавернозных каналов и создает значительные интраоперационные трудности. По мнению многих исследователей, почти в 55% случаев пенильное протезирование при болезни Пейрони может потребовать дополнительное хирургическое вмешательство, заключающееся в иссечении или рассечении фиброзной бляшки, также сочетаться корпоропластическими операциями [36].

В 1994г Wilson S.K и Delk J.R предложили методику ручного моделирования полового члена по протезу [50]. Согласно методике, после имплантации цилиндров и всех компонентов, протез раздувается до максимального растяжения, после чего проводится насильственный перелом полового члена в направлении противоположном деформации и удерживается в таком состоянии в течение 90 секунд. В результате манипуляции происходит разрыв фиброзной бляшки и выпрямление полового члена. Ручное моделирование можно выполнять не более 2 раз. По представленным данным, из 138 оперированных больных в 118 случаях (85,5%) удалось устранить деформацию, 11 пациентам из-за неэффективности ручного моделирования дополнительно были выполнены расслабляющие разрезы над бляшкой. В 4 случаях (2,8%) обнаружены повреждения мочеиспускательного канала.

В 1996 году Nakim L.S. с соавт. предложил при деформациях не более 20 градусов производить рассечение наружного слоя белочной оболочки электрокоагулятором, мощностью не более 35 ватт, что позволяет выпрямить и предотвратить рецидивное искривление полового члена, не повреждая протез [20].

По мнению Puri K. и Hellstrom W.G, при деформациях более 60 градусов и фиброзных бляшках более 4 см, а также при остаточных искривлениях после ручного моделирования показано рассечение фиброзной бляшки с замещением дефекта белочной оболочки различными материалами [41].

В 2000г Levine L.A. и Dmitriou R.J. разработали алгоритм протезирования полового члена у больных с БП. По руководству авторов, при размерах фиброзной бляшки до 2 см, показано ручное моделирование с протезированием или расслабляющий разрез бляшки, при бляшках более 2см показана протезирование с лоскутной корпоропластикой [30].

Вопрос о приоритетности использования различных типов протезов полового члена остается открытым и единой концепции в литературных источниках не прослеживается. По литературным данным общая удовлетворенность пациентов фаллоэндопротезированием с использованием надувных протезов составляет 79% - 100% [23], а полужесткими протезами в 72% - 85% [36]. Тем не менее, установка полуригидных протезов для пациентов с болезнью Пейрони имеет свое преимущество, поскольку жесткость протеза препятствует возможному рецидивному искривлению и укорочению полового члена.

Таким образом, проведенный анализ литературы свидетельствует о целесообразности дальнейшего изучения проблемы оперативного лечения болезни Пейрони. Отсутствие четкого диагностического алгоритма и дифференцированного подхода к выбору корпоропластических операций, позволяющих улучшить результаты операции, указывает на необходимость разработки нового комплексного диагностического и лечебного подходов.

ЛИТЕРАТУРА

Список литературы: sabirjan35@yandex.ru

RECONSTRUCTIVE SURGERY OF PEYRONIE'S DISEASE

S.G. Karaguzhin, V.A. Kovalev, S.V. Koroleva, A.N. Abdulhamidov, S.S.Chomirov

Peyronie's disease (PD) is an idiopathic localised fibrosis of penile tunica albuginea resulting in shortening of the involved area with consequent penile curvature and sexual dysfunction.

Surgical treatment is indicated when patients fail conservative therapies, is stable, and causes difficulties with sexual intercourse.

Reconstructive operation include shortening of the convex side, lengthening of the concave side and penile prosthesis.

Analysis of the literature review indicates that it is necessary to conduct further research on the problems of surgical treatment of Peyronie's disease.

Key words: Peyronie's disease, therapy, fibrous plaque, process progression, injections.

Карагузин Сабыржан Капуринович научный сотрудник кафедры урологии и андрологии.

в ИПК ФМБА России, к.м.н., врач-уролог городской поликлинике №186 г. Москвы; sabirjan35@yandex.ru

Ковалев Валентин Александрович. Зав. кафедрой д.м.н. профессор: Кафедра Урологии и андрологии ФМБА РФ

Королева Светлана Владимировна д.м.н., профессор кафедры урологии и андрологии ФМБА РФ

Абдулхамидов Александр Нурмагомедович научный сотрудник кафедры урологии андрологии ФМБА России.

Шомиров Саин Сигуатович врач уролог №183 Городская поликлиника г. Москвы