

**БОЛЕЗНЬ ПЕЙРОНИ, ИМИТИРУЮЩАЯ КРУПНЫЙ КАМЕНЬ УРЕТРЫ**© Р.Л. Казаров^{1,2}, Е.И. Король¹, Д.В. Меркулов¹, А.В. Васильев¹, А.С. Аль-Шукри²¹ СПб ГБУЗ «Городская Мариинская больница», Санкт-Петербург;² ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» МЗ РФ, Санкт-Петербург*Для цитирования:* Казаров Р.Л., Король Е.И., Меркулов Д.В., и др. Болезнь пейрони, имитирующая крупный камень уретры // Урологические ведомости. – 2017. – Т. 7. – № 3. – С. 49–51. doi: 10.17816/uroved7349-51

Дата поступления: 10.08.2017

Статья принята к печати: 20.09.2017

Представлено клиническое наблюдение пациента с болезнью Пейрони, у которого наличие крупной фиброзной бляшки в кавернозном теле имитировало камень мочеиспускательного канала. Уточнение диагноза оказалось возможным только при выполнении МСКТ.

Ключевые слова: болезнь Пейрони; камень уретры.

PEYRONI'S DISEASE WHICH IMITATED THE LARGE STONE OF URETHRA© R.L. Kazarov^{1,2}, E.I. Korol'¹, D.V. Merkulov¹, A.V. Vasil'ev¹, A.S. Al-Shukri²

City Mariinskaja hospital, Saint Petersburg;

FSBEI HE "Academician I.P. Pavlov First St Petersburg State Medical University" of the Ministry of Healthcare of Russia, Saint Petersburg, Russia

For citation: Kazarov RL, Korol' EI, Merkulov DV, et al. Peyroni's disease which imitated the large stone of urethra. *Urologicheskie vedomosti*. 2017;7(3):49-51. doi: 10.17816/uroved7349-51

Received: 10.08.2017

Accepted: 20.09.2017

A clinical observation of Peyronie's disease in patient, who had large fibrous plaque in a cavernous body, which imitated the stone of urethra. Clarification of the diagnosis was possible only after performing multi-slice computer tomography.

Keywords: Peyronie's disease; urethra stone.

Болезнь Пейрони (БП), иначе называемая фибропластической индурацией полового члена, характеризуется наличием фиброзных бляшек на белочной оболочке кавернозных тел полового члена. БП приводит к нарушению эластичности белочной оболочки, деформации полового члена при эрекции и эректильной дисфункции. В последние годы представления о частоте БП изменились в сторону ее увеличения [1]. У части пациентов БП может не сопровождаться выраженной клинической симптоматикой, при которой требуются лечебные мероприятия.

Причины развития БП до конца не ясны. Наибольшее распространение получила посттрав-

матическая теория развития заболевания [2–4]. Согласно ей, травматизация полового члена сопровождается микрокровоизлияниями в белочную оболочку. Это способствует развитию индурации, разрастанию соединительной ткани и развитию заболевания. Клиническая картина БП складывается из болей при эрекции, искривления полового члена при эрекции, наличия пальпируемых уплотнений в половом члене, эректильной дисфункции [2–4].

Лечебные мероприятия при БП разделяют на консервативные и оперативные. Хирургические методы лечения применяются при длительности заболевания больше года и стабилизации воспалительного процесса в течение 6 месяцев [2]. Эффек-

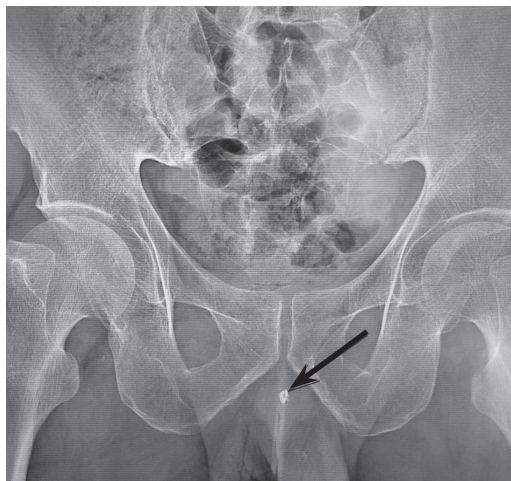


Рис. 1. Рентгенограмма нижних мочевых путей пациента Ш. (прямая проекция)

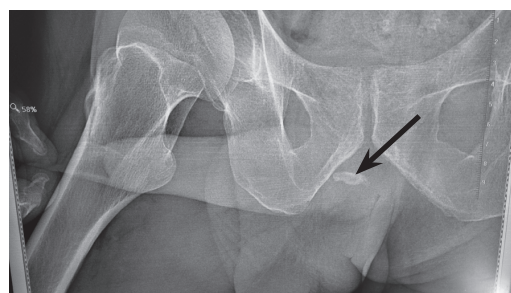


Рис. 2. Рентгенограмма нижних мочевых путей пациента Ш. (боковая проекция)

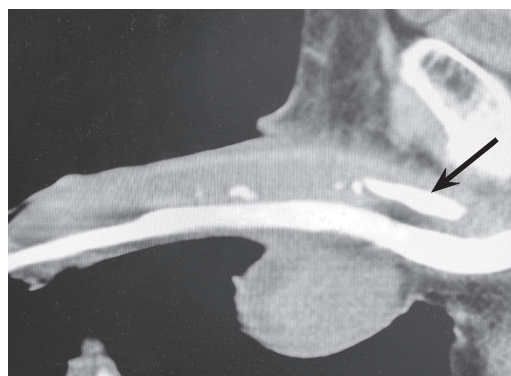


Рис. 3. МСКТ пациента Ш. Крупный кальцинат в кавернозном теле над бульбозным отделом уретры и множество мелких кальцинов по ходу кавернозного тела



Рис. 4. МСКТ 3D пациента Ш. Крупный кальцинат в кавернозном теле над бульбозным отделом уретры и множество мелких кальцинов по ходу кавернозного тела

тивность современных методик оперативного лечения БП весьма высока в ближайшем и отдаленном периодах [5].

Диагностика БП в большинстве случаев не представляет трудностей. В неотложной урологии необходимость дифференцировать БП от других заболеваний возникает крайне редко. Одному из таких случаев посвящено данное сообщение — дифференциальной диагностике между БП при наличии обезыствленной фибропластической бляшки и конкрементом мочеиспускательного канала.

Пациент Ш., 52 лет, поступил в приемное отделение СПб ГБУЗ «Городская Мариинская больница» в экстренном порядке. При поступлении больной предъявлял жалобы на боли в нижних отделах живота, в промежности, в половом члене, учащенное и болезненное мочеиспускание. Подобные боли беспокоили в течение одних суток. В анамнезе мочекаменная болезнь длительностью 10 лет, неоднократно отмечалось отхождение конкрементов.

Данные объективного осмотра: состояние удовлетворительное, кожные покровы чистые, обычной окраски, гемодинамика стабильная, телосложение нормостеническое. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, незначительно болезненный в надлобковой области. Симптом сотрясения поясничной области отрицательный. Мочеиспускание учащенное, болезненное. В анамнезе эпизод макрогематурии без сгустков. Стул в норме. Наружные половые органы развиты правильно, без воспалительных и травматических изменений. При пальпации определяется веретенообразной формы уплотнение в проекции бульбозного отдела уретры протяженностью около 2 см. Пальпация данного образования болезненная. При исследовании через прямую кишку пальпируется безболезненная предстательная железа небольших размеров, плотноэластичной консистенции, срединная борозда сглажена.

При поступлении в стационар температура тела 36,7 °С. В клиническом анализе крови выявлен незначительный лейкоцитоз (лейкоциты $10,5 \cdot 10^9/\text{л}$). В общем анализе мочи лейкоциты — 8–10 в п/зр.; эритроциты — 8–10 в п/зр. В биохимическом анализе крови АЛТ — 118 ЕД/л; АСТ — 84 ЕД/л, глюкоза — 8,9 ммоль/л, остальные показатели в пределах нормы.

По данным УЗИ в чашечках правой и левой почек конкременты до 5 мм. Объем предстательной железы 23,6 см³, контур четкий, неровный, структура диффузно неоднородная с кальцинатами. В пра-

вой доле гиперэхогенное образование $1,2 \times 1,5$ см. Остаточная моча не определяется.

На обзорной рентгенограмме мочевых путей в проекции задней уретры определяется тень, подозрительная на конкремент, размером $2,0 \times 0,7$ см (рис. 1, 2). Выполнена уретроцистоскопия: проходимость мочеиспускательного канала не изменена, мочевой пузырь без патологии, данных за наличие конкрементов в мочевом пузыре и мочеиспускательном канале не получено. Пациент диагностически неясен. Принято решение выполнить МСКТ малого таза, при которой в кавернозном теле было выявлено множество мелких и один крупный кальцинат (рис. 3, 4).

Клинический диагноз: «болезнь Пейрони, множественные кальцилаты кавернозных тел».

Назначена консервативная терапия, на фоне которой состояние больного улучшилось, болевой синдром купирован. Пациент выписан на 6-е сутки.

Данный клинически случай иллюстрирует положение о том, что при подозрении на наличие камней уретры по данным рентгенологического исследования нельзя исключить болезнь Пейрони с наличием обезызвещенной фиброзной бляшки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Al-Thakafi S, Al-Hathal N. Peyronie's disease: a literature review on epidemiology, genetics, pathophysiology, diagnosis and work-up. *Translational Andrology and Urology*. 2016;5(3):280-289. doi: 10.21037/tau.2016.04.05.
2. Москалева Ю.С., Остапченко А.Ю., Корнеев И.А. Болезнь Пейрони (обзор литературы) // Урологические ведомости. – 2015. – Т. 5. – № 4. – С. 30–35. [Moskaleva JuS, Ostapchenko AJu, Korneev IA. Peyronie's disease (literature review). *Urologicheskie vedomosti*. 2015;5(4):30-35. (In Russ.)]
3. Кызласов П.С., Мартов А.Г., Боков А.И., и др. Современный взгляд на этиологию, патогенез, лечение болезни Пейрони (обзор литературы) // Уральский медицинский журнал. – 2017. – № 6. – С. 140–145. [Kyzlasov PS, Martov AG, Bokov AI, et al. Modern look at etiology, pathogenesis, treatment of Peyronie's disease (literature review). *Ural Medical Journal*. 2017;(6):140-145. (In Russ.)]
4. Тарасов Н.И., Бавильский В.Ф., Плаксин О.Ф. Болезнь Пейрони. Диагностика и лечение. – Челябинск: Абрис, 2010. – 111 с. [Tarasov NI, Bavi'skij VF, Plaksin OF. *Bolezn' Pejroni. Diagnostika i lechenie*. Cheljabinsk: Abris; 2010. 111 p. (In Russ.)]
5. Москалева Ю.С., Корнеев И.А. Результаты хирургического лечения при болезни Пейрони // Урологические ведомости. – 2017. – Т. 7. – № 1. – С. 25–29. [Moskaleva JuS, Korneev IA. Results of surgical treatment of Peyroni's disease. *Urologicheskie vedomosti*. 2017;7(1):25-29. (In Russ.)]. doi: 10.17816/uroved7125-29.

Сведения об авторах:

Рафаэль Леонович Казаров — канд. мед. наук, заведующий урологическим отделением СПб ГБУЗ «Городская Мариинская больница», Санкт-Петербург. Доцент кафедры урологии, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, Санкт-Петербург. E-mail: 9155554@mail.ru.

Евгений Иванович Король — врач-уролог урологического отделения СПб ГБУЗ «Городская Мариинская больница», Санкт-Петербург. E-mail: Evgeniy.Korol.82@mail.ru.

Дмитрий Валериевич Меркулов — врач-рентгенолог, заведующий отделением, СПб ГБУЗ «Городская Мариинская больница», Санкт-Петербург.

Андрей Вячеславович Васильев — врач-уролог урологического отделения СПб ГБУЗ «Городская Мариинская больница», Санкт-Петербург. E-mail: andreychuvik@mail.ru.

Адель Сальманович Аль-Шукри — д-р мед. наук, профессор кафедры урологии ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России, Санкт-Петербург. E-mail: ad330@mail.ru.

Information about the authors:

Rafajel L. Kazarov — candidate of medical science, head of urological unit, SPb GBUZ "City Mariinskaja hospital", Saint Petersburg. Associate professor, Department of Urology. Academician I.P. Pavlov First St Petersburg State Medical University of the Ministry of Healthcare of Russia, Saint Petersburg, Russia. E-mail: 9155554@mail.ru.

Evgeny I. Korol' — urologist, urological unit, SPb GBUZ "City Mariinskaja hospital", Saint Petersburg.

Dmitry V. Merkulov — roentgenologist, head of CT unit, SPb GBUZ "City Mariinskaja hospital", Saint Petersburg.

Andrey V. Vasil'ev — urologist, urological unit, SPb GBUZ "City Mariinskaja hospital", Saint Petersburg. E-mail: andreychuvik@mail.ru.

Adel S. Al-Shukri — doctor of medical science, professor. Department of Urology. Academician I.P. Pavlov First St Petersburg State Medical University of the Ministry of Healthcare of Russia, Saint Petersburg, Russia. E-mail: ad330@mail.ru.