

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНИ ПЕЙРОНИ

© С.Н. Калинина¹, В.Н. Фесенко¹, А.В. Никольский², О.О. Бурлака²

¹ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, Санкт-Петербург;

²СПб ГБУЗ «Александровская больница», Санкт-Петербург

Для цитирования: Калинина С.Н., Фесенко В.Н., Никольский А.В., Бурлака О.О. Хирургическое лечение болезни Пейрони // Урологические ведомости. – 2018. – Т. 8. – № 2. – С. 24–29. doi: 10.17816/uroved8224-29

Дата поступления: 25.04.2018

Статья принята к печати: 30.05.2018

В статье приведены результаты оперативного лечения 25 мужчин с болезнью Пейрони. Показаниями к хирургическому лечению являлись размер бляшек более 1,5 см и угол искривления полового члена свыше 45 градусов. Одиннадцати пациентам выполняли пликацию бляшки полового члена по методу П.А. Щеплева, 5 больным — заместительную корпоропластику бляшки большой подкожной веной бедра, 5 больным — лоскутную корпоропластику с использованием ксеноперикарда и 4 пациентам — корпоропластику буккальным трансплантатом. Результаты оперативного лечения всех больных были расценены как положительные. Сделан вывод, что оперативное лечение пациентов с болезнью Пейрони с выполнением заместительной корпоропластики показано в стадии стабилизации бляшки, особенно при использовании ксеноперикарда.

Ключевые слова: болезнь Пейрони; заместительная корпоропластика; буккальный трансплантат; ксеноперикард.

SURGICAL TREATMENT OF PEYRONIE DISEASE

© S.N. Kalinina¹, V.N. Fesenko¹, A.V. Nikolskii², O.O. Burlaka²

¹North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov, Saint Petersburg, Russia;

²Aleksandrovskaya Hospital, Saint Petersburg, Russia

For citation: Kalinina SN, Fesenko VN, Nikolskii AV, Burlaka OO. Surgical treatment of Peyronie disease. *Urologicheskie vedomosti*. 2018;8(2):24-29. doi: 10.17816/uroved8224-29

Received: 25.04.2018

Accepted: 30.05.2018

We present the results of operative treatment of 25 men with Peyronie disease. Indications for surgical treatment included plaques > 1.5 cm and a penile curvature angle > 45°. In total, 11 patients underwent plaque plication of the penis following the method of P.A. Shcheplev, 5 patients underwent substitutive corporoplasty of plaque using the large saphenous vein of the thigh, 5 patients underwent patchwork corporoplasty using xenopericardium, and 4 patients underwent corporoplasty using buccal mucosa graft. The results of the operative treatment of all patients were considered positive. In conclusion, operative treatment of patients with Peyronie disease undergoing corporoplasty replacement is indicated for plaque stabilization, particularly while using xenopericardium.

Keywords: Peyronie disease; substitutive corporoplasty; buccal graft; xenopericardium.

Болезнь Пейрони, или фибропластическая индурация полового члена, — это заболевание, при котором на белочной оболочке полового члена возникают фибропластические бляшки, нарушающие ее эластичность и приводящие к деформации полового члена во время эрекции. Этиология болезни Пейрони к настоящему времени до конца не ясна [1–3]. К факторам риска развития заболева-

ния относят сахарный диабет, гипертоническую болезнь, нарушение липидного обмена, ишемическую кардиопатию, курение, злоупотребление алкоголем. При болезни Пейрони мочеиспускательный канал в патологический процесс не вовлекается. Изъязвлений, злокачественных перерождений узлов также не наблюдается. Клинические проявления болезни Пейрони представлены болью, деформа-

2. Заместительная корпоропластика бляшки большой подкожной веной бедра (v. safenapatna) (рис. 2). Операцию выполняли с привлечением сосудистого хирурга

Этапы операции:

- а) отступив от венечной борозды 5 мм, производят круговой разрез;
- б) кожу смещают к корню полового члена;
- в) при дорсальном расположении бляшки выполняют мобилизацию сосудисто-нервного пучка. В случае вентрального расположения фиброзной бляшки производят мобилизацию спонгиозного тела уретры;
- г) после наложения турникета кавернозное тело пунктируют иглой 21-го калибра, вводят физиологический раствор до достижения эрекции — измеряют угол искривления полового члена;
- д) фиброзную бляшку либо рассекают (согласно методике Egidio), либо полностью иссекают в пределах здоровой белочной оболочки относительно эректильной ткани;
- ж) параллельно производят забор трансплантата большой подкожной вены;
- з) выполняют тракцию полового члена и дефект белочной оболочки замещают трансплантатом;
- е) трансплантат фиксируют обвивным швом биодегенерируемой нитью 4–0;
- и) фасцию Бака ушивают над трансплантатом;
- к) субкоронарный разрез завершают циркумцизией. Накладывают поддерживающую повязку. Мочевой пузырь дренируют катетером Фолея на одни сутки.

3. Корпоропластика буккальным трансплантатом (рис. 3). Операцию выполняли с привлечением челюстно-лицевого хирурга.

Этапы операции:

- а) дезинфицируют поверхности оболочки правой или левой щеки;
- б) в ротовую полость помещают ретрактор;
- в) вдоль внешнего края щеки накладывают анкерные швы для постоянного натяжения трансплантата;
- г) отмечают проток околоушной слюнной железы на уровне второго моляра и определяют границы лоскута;
- д) лоскут выделяют, отсекают и извлекают из ротовой полости;
- е) осуществляют тщательный гемостаз донорского участка и фиксацию трансплантата;
- ж) лоскут тщательно очищают микрохирургиче-

скими инструментами и моделируют в зависимости от дефекта белочной оболочки.

4. Лоскутную корпоропластику выполняли с использованием модифицированного ксеноперикарда теленка отечественного производства «БИОПЛАМ» (Патент РФ № 2197818 «Способ подготовки биоткани для ксенопротезирования», 2014) (рис. 4)

Этапы операции:

- 1) иссечение фиброзной бляшки;
- 2) подготовка ксеноперикарда к имплантации;
- 3) фиксация имплантата.

Особенностью ксеноперикарда является наличие двух поверхностей: мезотелиальной (гладкой) и фиброзной (ворсистой). Мезотелиальная поверхность ксеноперикарда обладает способностью препятствовать адгезии, фиброзная, ворсистая поверхность пластины активно срастается с тканями организма.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Отдаленные результаты оперативных вмешательств изучены в сроки до 6 месяцев. У одного пациента развился кавернит (со стороны, противоположной иссечению бляшки), в связи с чем выполнено вскрытие и дренирование кавернозных тел. При этом гнойно-некротического расплавления имплантата не отмечено. У всех остальных больных послеоперационный период протекал без осложнений, спонтанные эрекции появлялись на 1–2-е сутки после операции. Всех пациентов выписывали на 7–8-е сутки под наблюдение уролога поликлиники. Половой жизнью разрешалось жить после операции не ранее чем через 1,5 месяца. Все пациенты были удовлетворены результатами лечения, эректильная функция сохранена, отсутствовали боли и укорочение полового члена при эрекции.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР

Больной Щ., 42 года, госпитализирован в урологическую клинику Александровской больницы 18.08.2014.

Диагноз: болезнь Пейрони. Жалобы на искривление полового члена в дорсолатеральном направлении, боли при эрекции, невозможность совершения полового акта. Болен в течение 12 месяцев, неоднократно проводили консервативную терапию без положительного эффекта. Объективно: состояние удовлетворительное. *Status localis*: наружные половые органы развиты правильно,

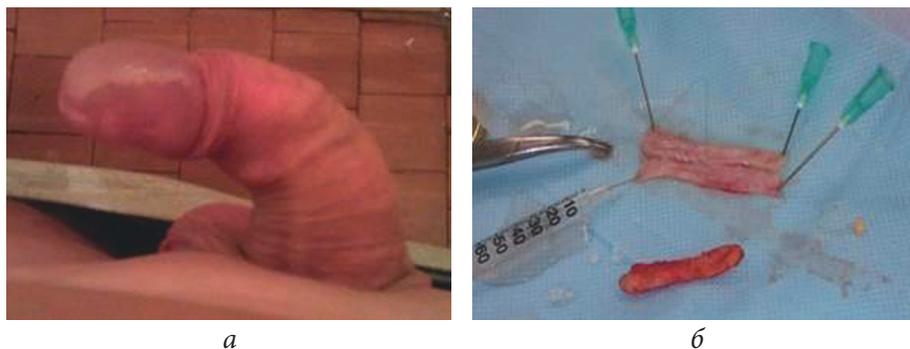


Рис. 2. Больной П., 45 лет. Болезнь Пейрони, угол искривления полового члена более 60 градусов (а), пластика бляшки веной *v. safenamagna* (б). Подробные этапы операции — в тексте

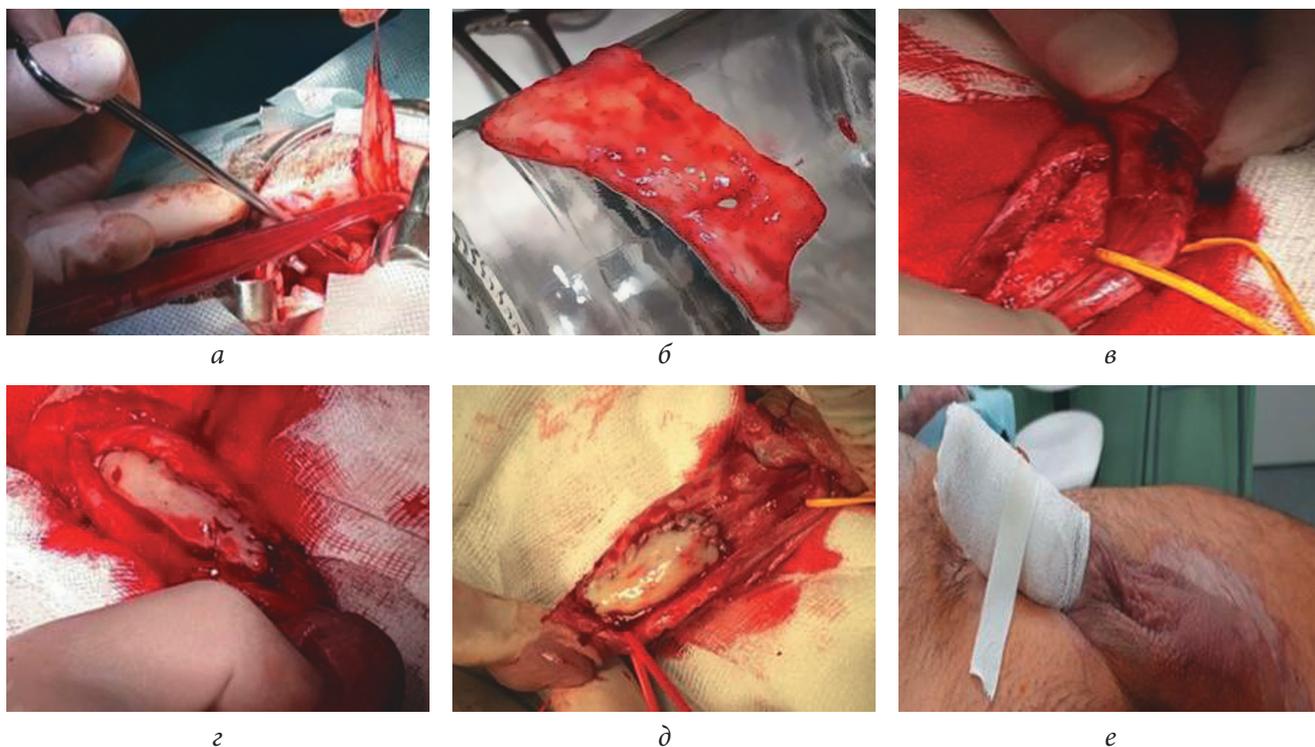


Рис. 3. Больной, 54 года. Букальная пластика бляшки слизистой щеки. Этапы операции: а — забор трансплантата из слизистой оболочки щеки; б — лоскут тщательно очищают микрохирургическими инструментами; в, г — лоскут моделируют в зависимости от дефекта белочной оболочки; д — трансплантат фиксируют швами к белочной оболочке; е — на половой член накладывают поддерживающую повязку

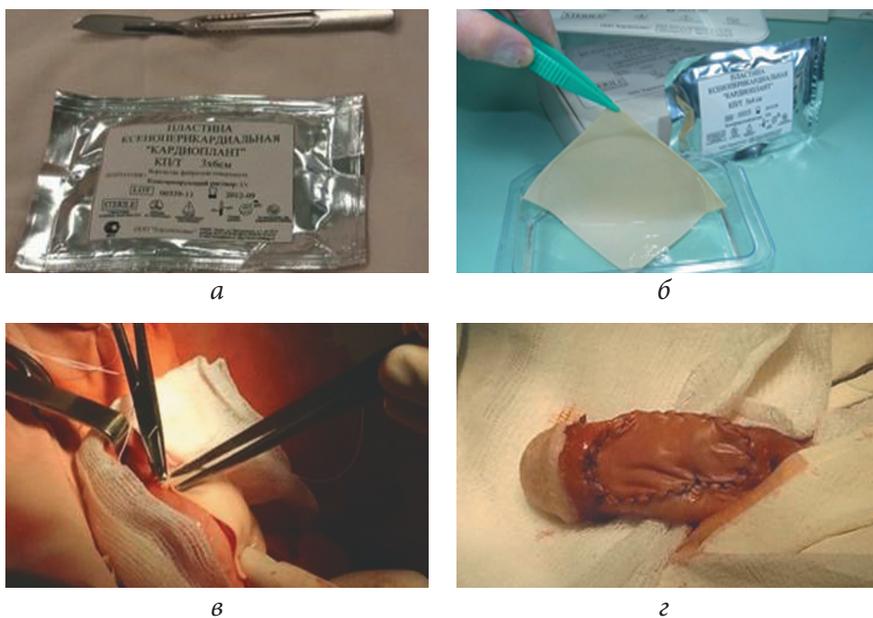


Рис. 4. Пластика бляшки бычьим ксеноперикардом. Этапы операции: а, б — ксеноперикард теленка отечественного производства «БИОПЛАМ» и подготовка ксеноперикарда к имплантации; в, г — фиксация ксеноперикарда к белочной оболочке

по мужскому типу. По дорсальной поверхности полового члена пальпируется плотная бляшка размером 3,5 × 2,5 × 0,4 см. При медикаментозной эрекции имеется дорсолатеральное искривление полового члена до 90 градусов.

19.08.2014 выполнено хирургическое вмешательство. Техника операции: под эндотрахеальным наркозом и после обработки операционного поля кожным антисептиком, отступя от венечной борозды 5 мм, производили круговой разрез. Половой член «скелетирован от кожи». Кавернозное тело было пунктировано иглой 21-го калибра, и в него введен физиологический раствор, чтобы достичь искусственной эрекции и визуально определить, какое искривление имеется у пациента (выявлено дорсолатеральное искривление до 90 градусов). Произведено два парауретральных разреза, мобилизованы фасция Бука и нервно-сосудистый пучок до белочной оболочки. Повторно вызвана искусственная эрекция, и в месте максимального искривления произведен поперечный разрез белочной оболочки, раздваивающийся на концах, до образования угла 120 градусов. Выполнена тракция полового члена, и дефект белочной оболочки замещен трансплантатом (ксеноперикардальная пластина, шероховатой поверхностью к кавернозным телам). Трансплантат фиксирован биодеградируемой нитью 4–0. Фасция Бука ушита. Крайняя плоть иссечена. Круговой разрез кожи ушит викрилом 4–0. Гемостаз стабилен. Наложена легкая давящая повязка. Мочевой пузырь дренирован катетером Фолея № 18. Послеоперационных осложнений не наблюдалось.

Повторно пациент осмотрен через 6 месяцев после операции, жалобы отсутствовали. При объективном осмотре общее состояние удовлетворительное. Эректильная функция у пациента сохранена, укорочение полового члена и боли при эрекции отсутствовали. Признаков отторжения имплантата не отмечалось.

Накопленный нами опыт свидетельствует о том, что перед оперативным лечением должны быть оценены длина полового члена, степень эректильной деформации и эректильной функции. Прогноз при оперативном лечении болезни Пейрони благоприятный. Оперативное лечение болезни Пейрони показано только в стабильной стадии заболевания, не менее чем через 3 месяца после стабилизации процесса или через 12 месяцев от начала заболевания. Методики, укорачивающие половой член,

должны применяться в качестве метода выбора при угле искривления менее 60 градусов. Заместительная корпоропластика является предпочтительным методом при угле искривления более 60–90 градусов и значительных размерах бляшки. Эффективность корпоропластики у большинства наших пациентов достигала 90–100 %, особенно при использовании ксеноперикарда. Фаллоэндопротезирование полового члена показано при тяжелой степени эректильной дисфункции и при наличии выраженного фиброза кавернозных тел после предварительного выполнения ультразвуковой фармакодоплерографии и динамической кавернозографии.

ВЫВОДЫ

Оперативное лечение пациентов с болезнью Пейрони с выполнением заместительной корпоропластики дает положительный клинический эффект в стадии стабилизации бляшки, особенно при использовании ксеноперикарда.

ЛИТЕРАТУРА

1. Урология. Российские клинические рекомендации / Под ред. Ю.Г. Аляева, П.В. Глыбочко, Д.Ю. Пушкаря. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. [Urologija. Rossijskie klinicheskie rekomendacii. Ed by Ju.G. Aljaeva, P.V. Glybochko, D.Ju. Pushkar. Moscow: GEOTAR-Media; 2015. (In Russ.)]
2. Калинина С.Н., Тиктинский О.Л., Новиков И.Ф. Фибропластическая индурация полового члена (болезнь Пейрони): Пособие для врачей-урологов. – СПб.: Изд-во СПбМАПО, 2009. [Kalina SN, Tiktinskij OL, Novikov IF. Fibroplasticheskaja induracija polovogo chlena (bolezni' Pejroni). Posobie dlja vrachej-urologov. Saint Petersburg: Izd-vo SPbMAPO; 2009. (In Russ.)]
3. Тиктинский О.Л., Калинина С.Н., Михайличенко В.В. Андрология. – М.: МИА, 2010. [Tiktinskij OL, Kalinina SN, Mihajlichenko VV. Andrologija. Moscow: MIA; 2010. (In Russ.)]
4. Москалева Ю.С., Остапченко А.Ю., Корнеев И.А. Болезнь Пейрони // Урологические ведомости. – 2015. – Т. 5. – № 4. – С. 30–35. [Moskaleva JuS, Ostapchenko AJu, Korneev IA. Peyronie's disease. Urologicheskie vedomosti. 2015;5(4):30-35. (In Russ.)]
5. Sommer F, Schwarzer U, Wassmer G, et al. Epidemiology of Peyronie's disease. *International Journal of Impotence Research*. 2002;14(5):379-383. doi: 10.1038/sj.ijir.3900863.
6. La Pera G, Pescatori ES, Calabrese M, et al. Peyronie's disease: prevalence and association with cigarette smoking: a multicenter population-based study in men aged 50–69 years. *European Urology*. 2001;40(5):525-530. doi: 10.1159/000049830.
7. Щеплев П.А., Данилов И.А., Колотинский А.Б., и др. Клинические рекомендации. Болезнь Пейрони // Андрология и генитальная

- хирургия. — 2007. — № 1. — С. 55–58. [Shheplev PA, Danilov IA, Kolotinskij AB, et al. Klinicheskie rekomendacii. Bolezn' Pejroni. *Andrologija i genital'naja hirurgija*. 2007(1):55-58. (In Russ.)]
8. 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.
9. Королева С.В., Ковалев В.А., Лещев Н.В., и др. Выбор метода корпоропластики при болезни Пейрони в зависимости от гемодинамического статуса полового члена // Урология. — 2005. — № 6. — С. 26–30. [Koroleva SV, Kovalev VA, Leshhev NV, et al. Vybor metoda korporoplastiki pri bolezni Pejroni v zavisimosti ot gemodinamicheskogo statusa polovogo chlena. *Urologiya*. 2005;(6):26-30. (In Russ.)]
10. Калмин О.В., Никольский В.И., Федорова М.Г., и др. Морфологические изменения ксеноперикарда в условиях гнойно-воспалительного процесса // Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Медицинские науки. — 2011. — № 4. — С. 12–20. [Kalmin OV, Nikol'skij VI, Fedorova MG, et al. Morfologicheskie izmenenija ksenoperikarda v uslovijah gnojno-vospalitel'nogo processa. *Izvestija vysshih uchebnyh zavedenij. Povolzhskij region. Medicinskie nauki*. 2011;(4):12-20. (In Russ.)]
11. Carson CC. Penile prosthesis implantation in the treatment of Peyronie's disease. *Int J Impot Res*. 1998;10(2):125-128. doi: 10.1038/sj.ijir.3900330.
12. Mufti G, Aitchison M, Bramwell SP, et al. Corporeal plication for surgical correction of Peyronie' s disease. *J Urol*. 1990;144(2): 281-282. doi:10.1016/s0022-5347(17)39432-6.

Сведения об авторах:

Светлана Николаевна Калинина — д-р мед. наук, профессор кафедры урологии. ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, Санкт-Петербург. E-mail: kalinina_sn@mail.ru.

Владимир Николаевич Фесенко — канд. мед. наук, доцент кафедры урологии. ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, Санкт-Петербург. E-mail: fesvn_spb@mail.ru.

Антон Валерьевич Никольский — канд. мед. наук, врач-уролог отделения урологии. СПб ГБУЗ «Александровская больница», Санкт-Петербург.

Олег Олегович Бурлака — канд. мед. наук, заведующий отделением урологии. СПб ГБУЗ «Александровская больница», Санкт-Петербург. E-mail: burlaka@list.ru.

Information about the authors:

Svetlana N. Kalinina — Doctor of Medical Science, Professor, Urology Department. North-Western State Medical university named after I.I. Mechnikov, Saint Petersburg, Russia. E-mail: kalinina_sn@mail.ru.

Vladimir N. Fesenko — Candidate of Medical Science, Associate Professor, Urology Department. North-Western State Medical university named after I.I. Mechnikov, Saint Petersburg, Russia. E-mail: fesvn_spb@mail.ru.

Anton V. Nikol'skii — Candidate of Medical Science, Urologist, Department of Urology. Aleksandrovskaya Hospital, Saint Petersburg, Russia.

Oleg O. Burlaka — Candidate of Medical Science, Head of Department of Urology. Aleksandrovskaya Hospital, Saint Petersburg, Russia. E-mail: burlaka@list.ru.