

ДУ «Інститут урології  
Національної академії медичних наук України»  
ДЗ «Дніпропетровська медична академія  
Міністерства охорони здоров'я України»

Том 22,  
№ 3, 2018  
(86) 1997 р.

Видається з січня 1997 року  
Періодичність – 4 рази на рік



НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ  
УРОЛОГІВ, АНДРОЛОГІВ ТА НЕФРОЛОГІВ

Дніпро  
2018



## РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ:

*Головний редактор*

**С.О. Возіанов**

*Заступник головного редактора*

**В.П. Стусь**

*Відповідальний секретар*

**М.Ю. Поліон**

*Члени редколегії:*

**С.І. Баранник, І.І. Горпинченко,  
Ф.І. Костєв, В.М. Лісовий,  
О.О. Люлько, С.П. Пасєчніков,  
В.Ф. Петербургський,  
Л.А. Пиріг, А.М. Романенко,  
Н.О. Сайдакова**

*Редакційна рада:*

**О.І. Аполіхін (Москва, Росія)  
В.І. Бачурін (Запоріжжя)  
Анджей Боровка (Варшава, Польща)  
О.В. Говоров (Москва, Росія)  
В.М. Григоренко (Київ)  
Ю.М. Гурженко (Київ)  
В.С. Дзюрак (Київ)  
В.І. Зайцев (Чернівці)  
М.О. Колесник (Київ)  
Марек Ліпінські (Лодзь, Польща)  
Є.А. Литвинець (Івано-Франківськ)  
О.Г. Резніков (Київ)  
В.С. Сакало (Київ)  
Л.П. Саричев (Полтава)  
Е.О. Стаховський (Київ)  
Ф. Тартари (Тирана, Албанія)  
М.І. Ухаль (Одеса)  
Петр Хлоста (Краків, Польща)  
В.В. Черненко (Київ)  
О.В. Шуляк (Київ)**

**Адреса редакції:  
вул. Вернадського, 9, к. 52  
м. Дніпро, 49044**

**Тел./факс секретаріату:  
+38 (0562) 46-30-93  
+38 (056) 756-95-26**

**urology.dma.dp.ua  
e-mail: urologyjournal@yahoo.com  
polion@bigmir.net**

*Засновники:*

ДУ «Інститут урології  
Національної академії медичних наук України»,  
ДЗ «Дніпропетровська медична академія  
Міністерства охорони здоров'я України»

*Реєстраційне свідоцтво:*  
серія КВ № 2374 від 15.01.1997 року

Постановою президії ВАК України  
№ 528 від 12.05.2015 журнал «Урологія»  
включено до переліку видань,  
в яких можуть публікуватися  
основні результати дисертаційних робіт

Журнал зареєстровано в міжнародних  
наукометричних базах даних:  
РІНЦ (Russian Science Citation Index),  
«Джерело» та Google Scholar

Наклад 500 прим.  
Затверджено на засіданні Вченої ради  
ДЗ «Дніпропетровська медична академія  
Міністерства охорони здоров'я України»  
20.09.2018 р. (протокол № 1)  
Підписано до друку: 27.09.2018 р.

Журнал розповсюджується за передплатою

**Передплатний індекс 48350**

*Передруковувати матеріали  
із журналу «Урологія»  
можна лише з дозволу редакції*

*Віддруковано в ТОВ «Роял Принт»  
вул. Артільна, 9, м. Дніпро, 49081  
тел. (056) 794-61-04(05)  
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи  
серія ДК № 4121 від 27.07.2011*

ISSN 2307-5279



© Редакція журналу «Урологія», 2018

Анастоматическая пластика проведена 47 пациентам: в бульбозном отделе — у 26 (55,32%), в бульбо-мембранозном отделе — у 12 (25,53%), в мембранозном отделе — у 9 (19,15%). Протяженность стриктуры была от 8 до 37 мм. Осложнение в виде гнойного уретрита было у 1 (3,44%) пациента, что привело к рецидиву стриктуры уретры. Рецидив стриктуры возник у 3 пациентов (6,38%). Через 4 месяца первому больному проведена заместительная уретропластика слизистой щеки — выписан с выздоровлением; второму — ВОУ с восстановлением самостоятельного мочеиспускания, но периодически проводится бужирование; третьему — планируется повторная операция.

Заместительная уретропластика с использованием слизистой щеки произведена 38 пациентам: в висячем отделе — у 12 (31,57%), в бульбозном отделе — у 22 (57,89%), в бульбо-мембранозном отделе — у 4 (10,53%). Протяженность стриктуры варьировала от 38 до 145 мм. Осложнения: гнойный уретрит и нагноение раны у 1 (2,63%) пациента. Рецидив возник у 2 (5,26%) пациентов. Одному больному через 4 мес. проведена анастоматическая пластика уретры — выписан с выздоровлением. Второму больному проведена повторная заместительная уретропластика слизистой щеки — выписанный с выздоровлением. У 3 больных (7,89%) после вентральной «onlay» уретропластики, после удаления уретрального катетера отмечалась несостоятельность швов. У этих больных в последующем отмечено языковидное расширение и деформация уретры с сохранением удовлетворительно мочеиспускания. У 2 больных (5,26%) отмечен дриблинг мочи.

Заместительная уретропластика с использованием кожи полового члена произведена 18 пациентам. Локализация — висячий отдел. Протяженность стриктуры от 15 до 65 мм. Ос-

ложнений нет. У всех больных восстановлено адекватное самостоятельное мочеиспускание. У 1 больного через 3,5 года возник рецидив. Проведена повторная пластика уретры кожей полового члена — выписан с выздоровлением.

Заместительная уретропластика с использованием влагиалищной оболочки яичка произведена 2 пациентам. Локализация — бульбозный отдел. Протяженность стриктуры от 22 до 43 мм. У обоих больных возник рецидив стриктуры (у первого больного через 1 мес., у второго — через 3 мес.). У этих больных произошла частичная адаптация трансплантата влагиалищной оболочки яичка и уменьшение протяженности стриктуры, что дало возможность через 4 мес. провести анастоматическую пластику уретры. Осложнений нет.

### Выводы

1. ВОУ сопровождается значительными осложнениями (38,46%) и высокой частотой рецидива (58,9%). Необходимо резко сузить показания к ВОУ. Применять только при сужениях протяженностью до 5 мм. ВОУ необходимо считать паллиативной операцией, приводящей только к временному улучшению состояния пациентов, не подходящих для открытой реконструктивной операции, или до момента, пока не станет возможным планирование и осуществление полноценной уретропластики.

2. Открытые операции дают хорошие ранние и поздние послеоперационные результаты. При этом значительно ниже послеоперационные осложнения (1,24%) и рецидивы (4,97%). В 99,4% случаев восстановлено самостоятельное мочеиспускание (у 3,73% после повторных операций).

3. Заместительная уретропластика с применением трансплантата влагиалищной оболочки яичка дает неудовлетворительный результат и не рекомендуется для лечения стриктур уретры.

## НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С БОЛЕЗНЬЮ ПЕЙРОНИ

*В.П. Стусь<sup>1</sup>, А.Л. Суварян<sup>1, 2</sup>*

<sup>1</sup> ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»

<sup>2</sup> КУ «Днепропетровская областная клиническая больница им. И.И. Мечникова»

Болезнь Пейрони (БП) или фибропластическая индурация полового члена — заболевание, характеризующееся фиброзным поражением белочной оболочки кавернозных тел, при-

водящее к искривлению полового члена, развитию эректильной дисфункции и нарушению копулятивной функции. Учитывая, что БП страдают мужчины относительно молодого возраста,

заболевание часто приводит к снижению качества жизни, психологическим и психическим нарушениям у пациента, психо-сексуальным нарушениям в семье и распаду семьи.

Распространенность заболевания составляет, по данным разных авторов, от 0,3% до 13,9% (D.V. Dibenedetti и соавт., 2011). В разных странах эти показатели разные. В Украине распространенность БП составляет около 1% от количества мужчин сексуально активного возраста (А.В. Люлько и соавт., 1983, И.И. Горпинченко и соавт., 2004). В России, по данным П.А. Щеплева и соавт., в 1986 г. распространенность БП составляет 3–8% по обращаемости и до 25% по данным аутопсий. Так, в США распространенность составляет от 0,4% до 3,2%, в – Японии 0,6%. Высокие показатели в Италии (7,1%). В Германии у 2,7% из 4,432 опрошенных имели плотные бляшки в области полового члена и искривление полового члена, распространенность БП увеличивалась с возрастом: только 1,5% мужчин в возрасте 30–39 лет, по сравнению с 6,5% мужчин старше 70 лет (S.S. Gholami и соавт., 2003; D.V. Dibenedetti и соавт., 2011; K. Shiraishi и соавт., 2012; La Pera G. и соавт., 2015 и др.). Наибольшая распространенность заболевания приходится на возраст 55–60 лет. J.P. Mulhall и соавт. (2006) сообщили, что у 10% пациентов, включенных в их исследование, заболевание проявилось в возрасте до 40 лет. Последние годы все чаще с данной проблемой обращаются молодые люди в возрасте 19–22 лет (B.E. Мазо, 1985; M.K. Gelbard, 1995; M.B. Lindsay, 1991). Распространенность нозологии, по данным M.B. Lindsay (1991), составляет 0,4%, а с учетом субклинических и бессимптомных случаев заболевания – до 1%. J.P. Mulhall и соавт. (2006) у 534 мужчин при исследовании по поводу рака простаты, 6% пациентов сообщили об искривлении полового члена и у 8,9% выявлены бляшки в области полового члена при осмотре. U. Schwarzer и др. (2001), при опросе 4432 мужчин выявил, что 3,2% обнаружили у себя бляшки. Распространенность по возрастным группам 30–39, 40–49, 50–59 и 60–69 лет составила 1,5%, 3%, 3% и 4% соответственно. Максимальная распространенность (6,5%) была у мужчин старше 70 лет. Скорее всего, эти показатели занижены в связи с тем, что не все пациенты достаточно внимательны к своему здоровью или не обращаются из-за стеснения.

Факторами риска при БП являются возраст, сахарный диабет, курение, кавказское происхождение и генетическая предрасположенность. По данным многочисленных исследований, воз-

раст и травма также могут стать факторами риска для БП. При сахарном диабете возникают более выраженные искривления. Существенное значение имеет генетическая предрасположенность: у 20% пациентов и у 9% членов семьи с БП отмечается контрактура Дююитрена. Другие факторы, такие как гипертония, гиперлипидемия, ишемическая болезнь сердца, употребление алкоголя, заболевания, передаваемые половым путем, и урологические операции в анамнезе существенного влияния на БП не имеют (M.D. Vjekic и соавт., 2006; H.M. Nugteren и соавт., 2011).

Наиболее вероятная причина болезни Пейрони – это микротравмы с образованием микрогематом с отложением фибрина, что является пусковым механизмом воспаления (T.F. Lue, 2002). Воспалительно-аллергическое поражение соединительной ткани с пролиферацией фибробластов и активизацией клеточного медиатора воспаления, сопровождающееся избыточным образованием коллагена с последующим формированием плотных кальцифицированных бляшек, является причиной развития БП. Существует ряд гипотез, объясняющих недостаточный фибринолиз в тканях полового члена: функциональная недостаточность кровоснабжения белочной оболочки, генетически детерминированное усиление фибриногенеза, частые повторные микротравмы (K.D. Somers, 1997).

F. Iacono и соавт. (1993) предложили разделять течение фибропластической индурации на 3 периода по длительности процесса: до 6 месяцев – латентная стадия, от 7 до 12 месяцев – острая стадия и свыше 12 месяцев от начала заболевания – хроническая стадия или стадия стабилизации. Принято считать, что в течение первых 12 месяцев происходит стабилизация патологического процесса. Для этого периода характерно спонтанное исчезновение боли.

Диагноз БП ставится на основании жалоб, анамнеза, осмотра больного. Из дополнительных методов исследования применяется ультразвуковое исследование с доплерографией (УЗИ ДГ) полового члена. Применение других дополнительных методов клинически и финансово не целесообразно. В диагностике БП не применяются опросники (Рекомендации ЕАУ, 2018).

В лечении БП применяются консервативные и оперативные методы. В настоящее время консервативные методы лечения недостаточно эффективны или имеют ограниченное применение. Многие вопросы консервативной терапии БП до конца не решены. Несмотря на низкую эффективность консервативной терапии, большинство авторов придерживаются мнения, что

проводить ее следует. Цель консервативной терапии при болезни Пейрони – это стабилизация заболевания, купирование боли, улучшение и сохранение эректильной функции.

Основной метод лечения болезни Пейрони – оперативный. Оперативное лечение проводится в стадии стабилизации. Цель оперативного лечения – восстановление копулятивной функции пациента. Если вызванное искривление полового члена меньше  $30^\circ$  и не нарушает копулятивную функцию при отсутствии эректильной дисфункции – оперативное лечение не показано. Если нарушение копулятивной функции обусловлено искривлением полового члена с сохраненной эрекцией, применяются пликационные операции или иссечение фибропластической бляшки с корпоропластикой. При эректильной дисфункции проводится эндофаллопротезирование с корпоропластикой или без нее. Для корпоропластики применяются разные материалы: аутоотрансплантаты (влагалищная оболочка яичка, слизистая оболочка рта, дерма, вена, широкая фасция бедра и др.), аллотрансплантаты (аллодерм, трупная твердая мозговая оболочка, перикард), ксенотрансплантаты (ксенотрансплантаты из бычьего перикарда, тонкой кишки) и гетеротрансплантаты (синтетические материалы: гортекс, дакрон, силастик, материалы на основе коллагена) (Рекомендации ЕАУ, 2018).

При выраженных эректильных расстройствах применяется эндофаллопротезирование. Показанием к эндофаллопротезированию также можно считать небольшие размеры полового члена с умеренной эректильной дисфункцией; при неудачных результатах предыдущих операций – графтинг и инцизия; возраст старше 60 лет (П.А. Щеплев, 2002).

**Материалы и методы исследования.** С 2006 по 2017 г. в клинике урологии ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины» на базе КУ «Днепропетровская областная клиническая больница им. И.И. Мечникова» пролечены 108 пациентов с болезнью Пейрони в возрасте от 23 до 78 лет (в среднем  $43,16 \pm 28,46$ ). Из них 47 пациентам (43,52%) выполнялось консервативное лечение, 61 пациенту (56,48%) – оперативное. Больным проводили стандартное обследование, включающее изучение жалоб, анамнеза и физикального обследования больных с измерением угла искривления полового члена, анкетирование по шкале МИЭФ-5, УЗИ ДГ сосудов полового члена. Искривление полового члена зафиксировано у 82 пациентов (75,9%). Средний угол искривления составил  $71 \pm 46$  ( $10-95^\circ$ ). У 64 (72,3%) больных имело место дор-

зальное искривление, у 9 (9,6%) – вентральное, у 18 (18,1%) – боковое. В 15 (14,9%) случаях имело место сужение по типу «песочных часов». Размеры бляшки варьировали от 0,5 до 5,6 см. Боли были у 76 пациентов (70,37%). У 45 (41,67%) пациентов имела место эректильная дисфункция разной степени выраженности (анкеты МИЭФ –  $17,4 \pm 8,5$  балла).

Консервативная терапия проводилась всем больным в острой фазе с болевым синдромом, при угле искривления полового члена менее  $30^\circ$ , при отсутствии выраженной эректильной дисфункции, при отказе от хирургического лечения. В консервативной терапии применялись: НПВС, антиоксиданты, ингибиторы ФДЭ-5, блокаторы кальциевых каналов, протеолитики, ферментные препараты, иммуномодуляторы, венотоники, препараты, улучшающие микроциркуляцию, физиотерапия (электрофорез, ультразвук, магнитотерапия, лазеротерапия), ЛОД-терапия.

При выборе тактики хирургического лечения учитывались следующие факторы: угол искривления, длина полового члена, наличие боковых странгуляций, сохранность эректильной функции. В случае искривления полового члена более  $60^\circ$ , длины полового члена менее 12 см и сохранения эректильной функции применяли корпоропластику.

**Результаты.** После консервативной терапии болевой синдром купирован у всех 47 (100%) больных, достигнута стабилизация искривления у 43 (91,49%) больных, уменьшение угла искривления (до  $15^\circ$ ) у 11 больных (23,4%), сокращение объема бляшки у 12 больных (25,53%), улучшение эректильной функции у 35 больных (92,1%) (МИЭФ до лечения  $18,4 \pm 1,5$  балла, после лечения  $23,6 \pm 1,2$  балла). Рассасывание бляшки не отмечено ни у кого. Из 61 больного: пликационные операции применяли 8 пациентам (13,11%): операция Несбит-Щеплев 2 пациентам (3,28%), операция Essed-Schroder 6 пациентам (9,84%); 21 больному (34,43%); с сохраненной эректильной функцией была выполнена заместительная корпоропластика с использованием участка широкой фасции бедра (ЗКПШФБ), 25 больным (40,98%) – влагалищной оболочки яичка (ЗКПВОЯ). 7 пациентам (11,47%) с выраженной эректильной дисфункцией выполнено эндофаллопротезирование. Среднее время операции составило: при укорачивающих операциях –  $60-115$  ( $72 \pm 28$ ) мин., в группе ЗКПШФБ –  $112 \pm 23$  ( $80-140$ ) мин., в группе ЗКПВОЯ –  $105 \pm 15$  ( $80-110$ ) мин., в группе эндофаллопротезирование  $40 \pm 15$  ( $30-50$ ) мин.; среднее время забора

участка широкой фасции бедра составило  $25,2 \pm 6,1$  (20–40) мин., влагалищной оболочки яичка –  $15,2 \pm 4,2$  (14–20) мин. После фиксации лоскута к белочной оболочке интраоперационно вызывалась искусственная эрекция с целью контролирования герметичности наложенных швов и выпрямления полового члена. При выявлении остаточных искривлений накладывались дополнительные пликационные швы для достижения полного выпрямления полового члена (в 4 случаях: 3 (14,3%) в 1-й группе, 1 (5,6%) – во 2-й группе).

У больных после пликационных операций достигнуто выпрямление полового члена, без значительной потери длины полового члена. У всех больных, перенесших заместительную корпоропластику участком широкой фасции бедра, достигнуто корригирование деформации полового члена без укорочения размеров полового члена и восстановление копулятивной функции. Только у 5 пациентов (3 (14,3%) в группе ЗКПШФБ, 2 (11,2%) – в группе ЗКПВОЯ) сохранилось остаточное искривление полового члена (менее  $10^\circ$ ), не мешавшее проведению полового акта. В раннем послеоперационном периоде у 15 пациентов (8 (13,11%) в группе ЗКПШФБ, 7 (12,2%) – в группе ЗКПВОЯ) отмечено снижение чувствительности головки полового члена, у 12 (19,67%) (5 (19,04%) в группе ЗКПШФБ, 7 (16,7%) – в группе ЗКПВОЯ) в течение 3 мес. чувствительность восстановилась полностью, у 2 (3,28%) – сохранялись жалобы. Подкожные гематомы полового члена, не требующие дополнительных хирургических вмешательств отмечены у 19 (31,15%) пациентов: (11 (18,03%) в группе ЗКПШФБ, 8 (13,11%) – в группе ЗКПВОЯ). Ухудшение эрекции отметили 5 пациентов (8,2%): (2 (3,28%) в группе ЗКПШФБ, 3 (4,92%) – в группе ЗКПВОЯ), что было корригировано дополнительной консервативной терапией. У 1

(2,1%) пациента в группе ЗКПВОЯ в связи с рецидивом заболевания и ухудшения эрекции, через год выполнено эндофаллопротезирование. У 1 пациента (1,64%) в группе ЗКПВОЯ отмечена деформация крайней плоти. Этому больному через 2 месяца проведено циркумцизио. Ретракция трансплантата отмечена у 3 (6,52%) пациентов: (2 (9,52%) в группе ЗКПШФБ, 1 (4%) – в группе ЗКПВОЯ). Однако у этих больных (у 2 в группе ЗКПШФБ) остаточное искривление составило менее  $30^\circ$ , что не мешало жить половой жизнью. После эндофаллопротезирования восстановлена копулятивная функция в 100% случаев. 2 больным интраоперационно для установки эндофаллопротезов произведено продольное рассечение бляшки без корпоропластики. Послеоперационный период у этих больных протекал без осложнений.

### Выводы

1. Эффективность консервативной терапии при БП остается низкой. Но она необходима в целях стабилизации воспалительного процесса, купирования боли, улучшения и сохранения эректильной функции.

2. Оперативное лечение является высокоэффективным методом и в 100% случаев восстанавливается копулятивная функция пациента.

3. Пликационные операции при несложных искривлениях полового члена – это оптимальный метод лечения больных с БП.

4. Применение участка широкой фасции бедра и влагалищной оболочки яичка при корпоропластике, для хирургического лечения искривлений полового члена являются одинаково высокоэффективными и безопасными методами лечения. Данные методы дают возможность замещения дефектов больших размеров без значительных функциональных и анатомических нарушений у пациента.

5. Корпоропластики не приводят к существенному ухудшению эрекции.