

# Реконструктивная пластика гениталий при гигантской слоновости наружных половых органов у мужчины. (Клинический случай)

**М.Н. Тилляшайхов, Е.В. Бойко, Н.Т. Рахимов, Л.П. Корень, Ш.Т. Хасанов, Н.Т. Абдусаматов, А.Х. Отабоев**

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии МЗ РУз, Ташкент, Узбекистан

**Ответственный за контакт с редакцией:** Мирзаголиб Нигматович Тилляшайхов, [tmirza58@mail.ru](mailto:tmirza58@mail.ru)

**Введение.** Лимфедема (элефантиаз) мошонки является редким заболеванием. Патология может носить паразитарный характер на фоне филяриатоза, иметь врожденный или вторичный характер, развиваться на фоне инфекций, передающихся половым путем (ИППП), а также после травмы. Ранняя диагностика лимфедемы представляет большие трудности, и в большинстве случаев имеет тенденцию к прогрессированию и рецидивированию. На сегодняшний день нет обоснованных рекомендаций по лечению пациентов с данной патологией.

**Материалы и методы.** В апреле 2018г. в отделение онкоурологии РСНПМЦОУР обратился пациент 21 года с жалобами на увеличение мошонки до гигантских размеров, не возможность соблюдения гигиены и сложности при передвижении. При общении пациент имел признаки низкого психического статуса. После обследования и исключения паразитарной этиологии заболевания, больному проведено хирургическое лечение. Вмешательство включало поэтапное удаление тканей гипертрофированной мошонки с последующей реконструктивной пластикой с помощью собственных мягких тканей.

**Результаты.** Этапы хирургического вмешательства удаления гипертрофированных тканей и пластической реконструкции наружных половых органов заняло около трех с половиной часов. На фоне проводимой послеоперационной восстановительной симптоматической терапии, послеоперационные раны зажили в срок первичным натяжением. Восстановительный период включал консультации психотерапевта, что значительно улучшило к моменту выписки психосоматическое состояние пациента.

**Выводы.** Хирургическое удаление гипертрофированной скротальной кожи, с различными вариантами реконструктивной пластики покровов наружных половых органов, а также комплексный подход в период послеоперационного восстановительного периода, является одним из результативных методов лечения, значительно улучшающих качество жизни пациентов.

**Ключевые слова:** слоновость мошонки, оперативное лечение, элефантиаз.

**Для цитирования:** Тилляшайхов М.Н., Бойко Е.В., Рахимов Н.Т., Корень Л.П., Хасанов Ш.Т., Абдусаматов Н.Т., Отабоев А.Х. Реконструктивная пластика гениталий при гигантской слоновости наружных половых органов у мужчины. (Клинический случай). Экспериментальная и клиническая урология 2019;(4):114-120.

DOI: 10.29188/2222-8543-2019-11-4-114-120

**Reconstructive plastic surgery of genitals in case of gigantic elephantiasis of the external genital organs in man. (Clinical case)**

**M.N. Tillyashaykhov, E.V. Boyko, N.T. Rakhimov, L.P. Koren, Sh.T. Khasanov, N.T. Abdusamatov, A.Kh. Otaboev**

The Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Oncology and Radiology of Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan, Tashkent, Uzbekistan

**Contacts:** Mirzagolib Nigmatovich Tillyashaykhov, [tmirza58@mail.ru](mailto:tmirza58@mail.ru)

**Introduction.** Lymphedema (elephantiasis) of the scrotum is a rare disease. Pathology can be parasitic on the background of filariasis, congenital and secondary, with sexually transmitted infections (STIs) as well as after an injury. The early diagnosis of lymphedema presents great difficulties and in most cases tends to progression and recurrence. As of today, there are no sound recommendations for the treatment of patients with this pathology.

**Materials and methods.** In April 2018 a 21-year-old patient applied to the Department of Oncurology of the RSSPMCOR with complains of an increase in the scrotum to a gigantic size and the inability to maintain hygiene and difficulty in moving. The patient had signs of low mental status during communication. After examination and exclusion of parasitic etiology in this case the patient underwent surgical management. Intervention included phased removal of hypertrophic scrotum tissue followed by reconstructive plastic surgery using patient's own soft tissues.

**Results.** The stages of interference to remove hypertrophic tissues and plastic reconstruction of the pudenda took about three and a half hours. On the background of postoperative symptomatic rehabilitation therapy, postoperative wounds healed in time by primary intention. The recovery period included consultations of a psychotherapist, which significantly improved the patient's psychosomatic state by the time of discharge.

**Conclusions.** Surgical removal of hypertrophic scrotal skin with various options of reconstructive plastic surgery of the pudenda cover as well as a multidimensional approach during the postoperative recovery period is one of the most effective treatment methods that significantly improves the quality of life of patients.

**Key words:** scrotum elephantiasis, surgical treatment, scrotum lymphedema.

**For citation:** Tillyashaykhov M.N., Boyko E.V., Rakhimov N.T., Koren L.P., Khasanov Sh.T., Abdusamatov N.T., Otaboev A.Kh. Reconstructive plastic surgery of genitals in case of gigantic elephantiasis of the external genital organs in man. (Clinical case). Experimental and clinical urology 2019; (4):114-120.

**Ш**ирокому кругу врачей в повседневной клинической практике иногда встречаются так называемые «редкие болезни», о диагностике, лечении и отдаленных результатах которых мало известно. В литературе о таких заболеваниях часто невозможно найти обобщающей информации; ранняя диагностика представляет большую трудность, а результаты лечения остаются неудовлетворительными. Поэтому приходится тратить много времени и сил на поиск причин возникновения этих патологий.

«Редкое заболевание» – понятие субъективное и расплывчатое. В связи с этим возникло желание поделиться на страницах специализированных журналов «редким» наблюдением.

Лимфедема мошонки — редкая патология, связанная с нарушением оттока лимфы, также известна как слоновая болезнь (слоновость, элифантiaz) [1-6]. Нарушение дренажной системы мошонки развивается на фоне филяриатоза при паразитарной форме при врожденной патологии с аномалией лимфоколлекторов, а также прогрессирует вторично при хронических инфекциях, передающихся половым путем, и после травмы [7-10]. Встречается у 0,01% урологических больных [11]. Прогрессирование болезни приводит к значительному изменению объема половых органов [12]. Размеры пораженной области существенно увеличиваются, кожа уплотняется, гипертрофируется, становится бугристой и покрывается незаживающими язвами [13-15]. Пациенты, страдающие данной патологией, жалуются на невозможность соблюдения адекватной гигиены половых органов, болевой синдром, сложности при передвижении [16,17]. Данное физическое состояние определяет снижение психосоциального статуса пациента. Хирургическое удаление гипертрофированной скротальной кожи, фиброзно измененных подкожных тканей с различными вариантами реконструктивной пластикой покровов наружных половых органов является одним из методов лечения, улучшающим качество жизни пациентов [18-24].

Большинство исследователей в СНГ и за рубежом располагают лишь единичными наблюдениями. Основная часть этих пациентов с низким психосоциальным статусом и потому остаются лишь под динамическим наблюдением.

Целью статьи является сообщение о пациенте с гигантской лимфедемой мошонки, которому в Узбекистане впервые проведено хирургическое лечение данной патологии с наблюдением непосредственных его результатов.

1. Больной Х.Ш. в возрасте 21 года лечился в отделении онкоурологии РСНПМЦОиР с 24.04.2018 г. по 14.05.2018 гг.

При поступлении жаловался на увеличение размеров мошонки, нарушение акта мочеиспускания, затруднение при ходьбе (мошонка мешала ходьбе), невозможность половой жизни, отек левой руки, слабость.

**Анамнез:** Болеет с детства. Увеличение мошонки заметили в 2010 году. После обращения к специалисту был направлен в Республиканский специализированный центр хирургии имени Вохидова, где 30.08.2010 года была произведена операция «скротопластика». Из операционного протокола выявлено, что на момент операции мошонка имела размер 25x18 см. Через 5 месяцев после операции имело место повторное увеличение размеров мошонки. Больной вновь обратился в Республиканский специализированный центр хирургии (РСЦХ) 02.06.2011 года для повторного хирургического лечения, но в связи с семейными проблемами был выписан. С того момента больной проходил ежегодную диспансеризацию по месту жительства. В динамике больной начал замечать увеличение размеров мошонки, повторно обратился в РСХЦ, но больному было отказано в лечении. Больной обращался в несколько лечебных учреждений, но, к сожалению, и там было отказано в лечении. Мотивируя отсутствием специалистов в данной области, больной был переадресован в Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии (РСНПМЦОиР), где был обследован в условиях отделения онкоурологии. На этапах обследования было подозрение на гельминтоз «вухерериоз» и направлен в НИИ паразитологии. После исключения гельминтоза больной вновь обратился РСНПМЦОиР.

**Объективно:** Общее состояние удовлетворительное, активный. Периферические лимфоузлы не увеличены. Живот мягкий. Локально: левый локоть отечный. Наружные половые органы невозможно пальпировать, так как наблюдается отек кожи мошонки и лонной области. Размер мошонки 80x90 см, локализуется в промежности, деформируя скелет нижних конечностей. Половой член утерян в складках кожи мошонки (рис. 1). Мочеиспускание произвольное. Имеется мацерация кожи мошонки мочой. ■



Рис. 1. (А-Б) Вид спереди и сзади  
Fig. 1. (A-B) Frontal and posterior view

## МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ

**Рентгеноскопия** грудной клетки (27.04.2018): Правое легкое без затемнений. Межреберные промежутки симметричные. Слева в нижнем легочном поле определяется единичная округлая тень слабой интенсивности с ровными контурами, диаметром до 1,0 см. Корни легких уплотнены.

Тень сердца без особенностей. Плевральные синусы свободны.

**Мультиспиральная компьютерная томография:** (24.10.2017 г.) Подкрыльцовые л/узлы до 1,1-1,3 см, л/узлы средостения, бронхопюльмональные явно не увеличены; на уровне диафрагмы слева узел диаметром 1,2 см. В паренхиме обоих легких – отдельные небольшие субплевральные инфильтративные тяжи. Умеренная гепато-спленомегалия. Забрюшинные л/узлы до 1,0 см. Массивный отек подкожно-жировой клетчатки на



Рис. 2. (А-Б) МСКТ зоны интереса: сагиттальный и аксиальный срезы, выраженный отек на уровне промежности, увеличение мошонки, отдельно структуры мошонки не определяются.

Fig. 2. (A-B) MSCT regions of interest: sagittal and axial slices, apparent edema at the level of the perineum, an increase in the scrotum, the structures of the scrotum are not defined separately

уровне стенок брюшной полости и малого таза, отек распространяется на клетчатку стенок грудной клетки. Отмечается увеличение и уплотнение паренхимы обеих грудных желез. На уровне промежности и мошонки определяется образование неоднородной структуры, размерами 42,0x22,0x36,0 см, исходит из органов мошонки. Выражен отек подкожно-жировой клетчатки на уровне дна таза и нижних конечностей. Подвздошные л/узлы до 1,2 см, паховые л/узлы на фоне отека клетчатки отдельно не дифференцируются (рис. 2).

**Онкомаркеры** (28.04.2018 г.): Альфа-фетопротеин (АФП) – 1,2 ед/мл (норма: 0-10), лактатдегидрогеназа (ЛДГ) – 276,8 Ед/л (норма: 225-450), хорионический гонадотропин (ХГ) – 1,4 МЕ/л (норма: до 15).

**Ультразвуковая доплерография** (УЗДГ) (27 апреля 2018 г.): На эхотомограммах: печень – косой вертикальный размер (КВР) правой доли 146 мм (норма), краниокаудальный (ККР) левой доли – 93 мм (норма). Контур четкие, ровные. Паренхима повышенной эхогенности, мелкозернистая, на границе 7-8 сегментов однородной повышенной эхогенности определяется узел с четкими контурами 15x14x14 мм. В 7 сегменте аналогичной структуры – включение 10x8 мм. При цветном доплеровском картировании интранодулярно васкуляризация не просматривается. Внутривенные желчные ходы не расширены. Диаметр печеночных вен – 7 мм (норма), диаметр воротной вены – 10 мм (норма). Заключение: очаговые включения в правой доле печени (капиллярные гемангиомы).

Больному в плановом порядке 23.05.2018 г. была произведена операция «Скротэктомия, скротопластика из местных тканей».

Первым этапом решено было мобилизовать оба яичка. С правой стороны параллельно паховой складке произведен разрез кожи длиной 15 см. Гемостаз. Во время мобилизации яичка выделился большой объем лимфатической жидкости из прилегающей ткани. Подкожная жировая ткань утолщена до 10 см. С техническими трудностями удалось найти апоневроз. Последний рассечен и обнаружен семенной канатик, он взят на турникет и, ориентируясь на него, острым и тупым путем (в анамнезе перенесена операция на правом яичке) выделено яичко. Спаечный процесс и размер яичка не представляли возможности выделить его в рану. В связи с этим было решено подойти к яичку снаружи: выполнен разрез кожи мошонки. Во время мобилизации вскрыта собственная оболочка яичка, при этом выделено 1,5 литра прозрачной желтоватой жидкости (водянка). С техническими трудностями яичко выделено в рану по линии паха. Аналогичная операция проведена слева. При этом объем жидкости составил 2,0 литра. Оба яичка обработаны по типу операции Бергмана.

Следующим этапом начата мобилизация полового члена. В связи с отеком прилегающих к члену тканей и лимфостазом образовался туннель глубиной 10 см, откуда вытекала моча. После вскрытия туннеля под контролем пальца, была обнаружена головка полового члена. Мочевой пузырь тут же катетеризован трансуретральным катетером. Под контролем пальца и трансуретрального катетера ствол полового члена

мобилизован. Большая масса мошонки вырезана по условным начерченным линиям. Выполнен гемостаз. Оба яичка уложены в сформированную мошонку, образованную из окружающих тканей, и дренированы. Произведена пластика дефекта из окружающих местных тканей. Рана обработана антисептическими растворами (рис. 3-10), наложена асептическая повязка. Макропрепарат: удаленная мошонка размером 80x70 см, ■

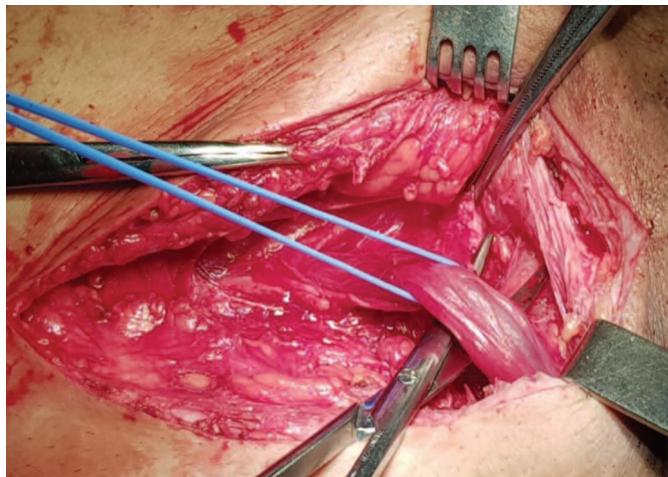


Рис. 3. Этап мобилизации семенного канатика справа  
Fig. 3. Stage of the spermatic cord mobilization on the right

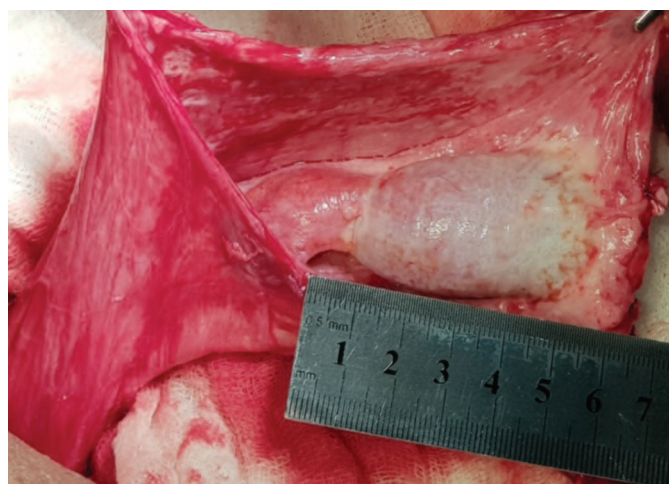


Рис. 6. Вскрыта собственная оболочка яичка  
Fig. 6. Testis coat opened

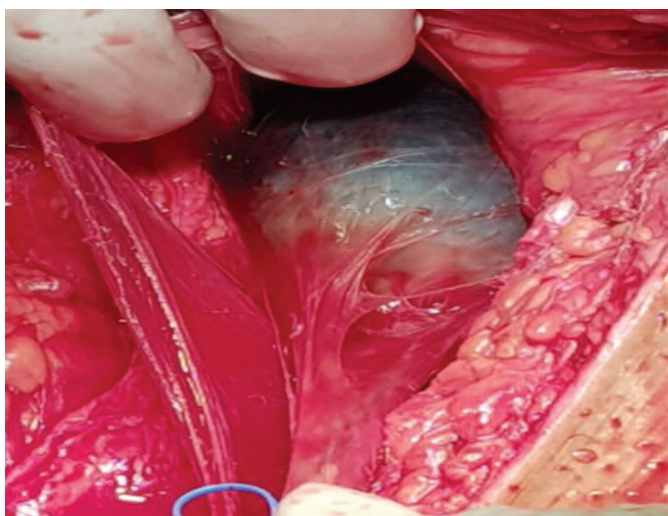


Рис. 4. Мобилизация правого яичка  
Fig. 4. Right testis mobilization

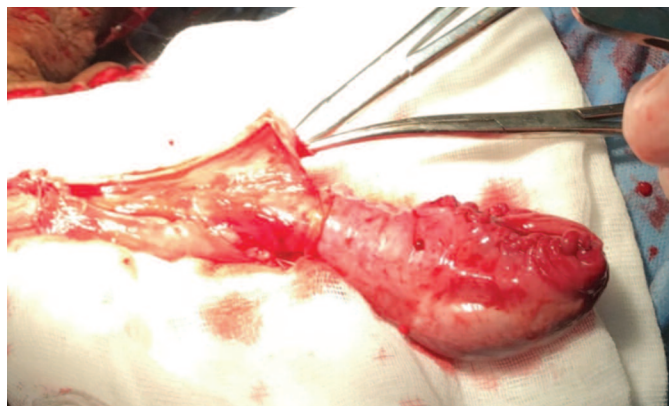


Рис. 7. Выполнение этапа операции Бергмана  
Fig. 7. Von Bergman's operation stage

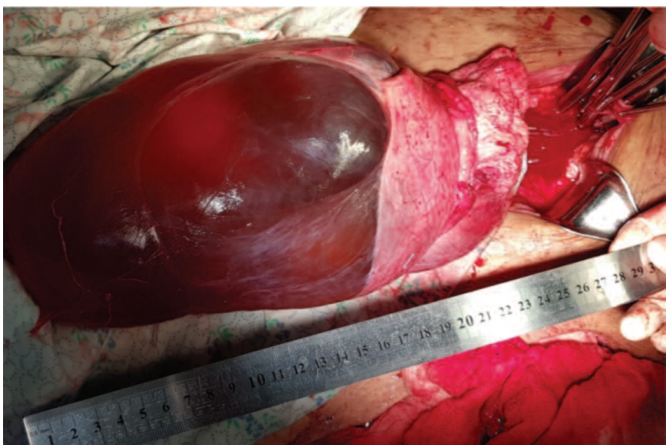


Рис. 5. Водянка правого яичка  
Fig. 5. Right hydrocele



Рис. 8. Выделение и мобилизация головки полового члена  
Fig. 8. Balanus extraction and mobilization

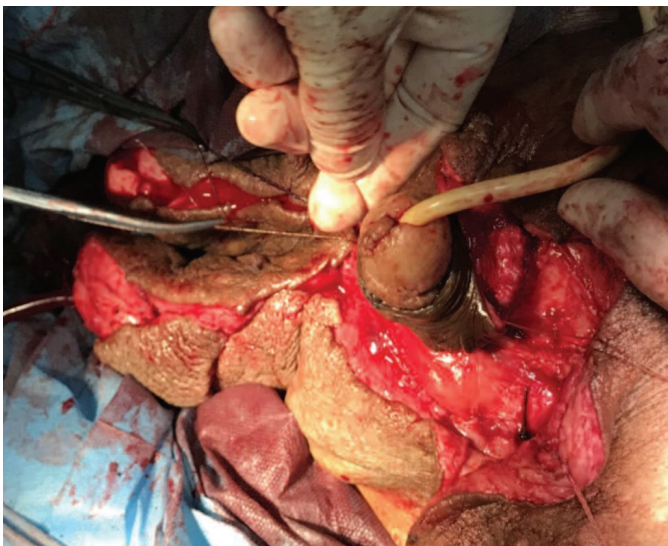


Рис. 9. Пластика кожи полового члена  
Fig. 9. Plastic reconstruction of the penis skin



Рис. 10. Удаление мошоночной массы  
Fig. 10. Dissecting out of scrotal mass



Рис. 11. Макропрепарат.  
Fig. 11. Gross specimen

весом 27 кг (рис. 11). Гистологическое заключение № 5573-78/18 кистозно-расширенный лимфостаз мошонки. Время операции 210 мин.



Рис. 12. Вид раны после операции  
Fig. 12. After surgery wound view

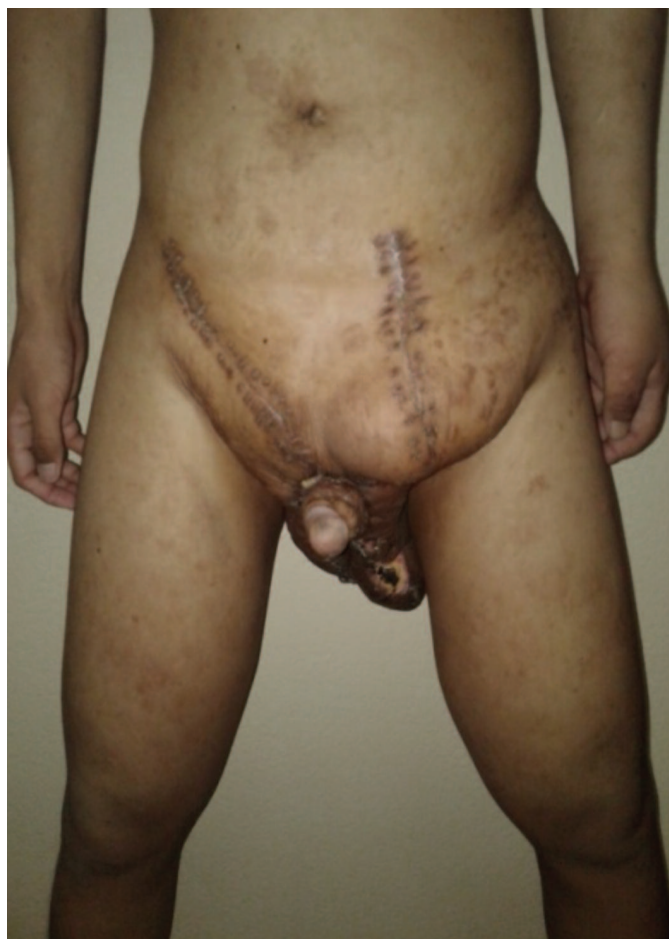


Рис. 13. 15 сутки после операции  
Fig. 13. 15<sup>th</sup> day after surgery

В послеоперационном периоде проводилась плазматрансфузия, антибактериальная терапия, общеукрепляющая и симптоматическая терапия. После-



Рис. 14. Через 3 месяца после операции  
Fig. 14. 3 months after surgery

операционный период протекал гладко. Дренажи удалены на 8 сутки (рис. 12). Швы сняты на 13 сутки после операции (рис. 13). Проходил психосоматические курсы реабилитации. Больной полностью выздоровел и вернулся в обычную среду жизни без комплексов (рис. 14). Половая функция органов репродуктивной системы не нарушена.

**Резюме:** Лимфостаз пениса и мошонки является редкой патологией в нашем регионе. В случае тяжелого течения заболевания хирургическое лечение является методом выбора для улучшения общего качества жизни пациента. Данный случай интересен тем, что для лечения огромного мошоночного лимфостаза применено оперативное пособие, приведшее к улучшению качества жизни пациента.

## ВЫВОДЫ

Была предпринята попытка найти вероятные пути рационального метода оперативного лечения с учетом редкости заболевания. Главное при диагностике и лечении по выражению В.А. Оппея «помнить о том, что оно есть и существует». Авторский коллектив выражает надежду, что его труд окажется полезным для врачей.

Для выполнения данного объема операции требуется синхронная работа хирургов, анестезиологов, трансфузиологов, а также колоссальный физический труд, психоэмоциональная выдержка и профессионализм каждого врача. ■

## ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

- Lee S, Han JS, Ross HM, Epstein JJ. Massive localized lymphedema of the male external genitalia: a clinicopathologic study of 6 cases. *Hum Pathol* 2013;44(2): 277-81. doi: 10.1016/j.humpath.2012.05.023.
- Mukenge SM, Negrini D, Catena M, Ferla G. Innovative microsurgical treatment of male external genital lymphedema. *World J Clin Urol* 2014;3(3):310-319. doi: 10.5410/wjcu.v3.i3.310.
- Mcdougal WS. Lymphedema of the external genitalia. *J Urol* 2003;170(3):711-716. doi: 10.1097/01.ju.0000067625.45000.9e.
- Modolin M, Mitre AI, da Silva JCF, Cintra W, Quagliano AP, Arap S, et al. Surgical treatment of lymphedema of the penis and scrotum. *Clinics* 2006;61(4):289-94. doi: 10.1590/S1807-59322006000400003.
- Kulungowski AM, Schook CC, Alomari AI, Vogel AM, Mulliken JB, Fishman SJ. Vascular anomalies of the male genitalia. *J Pediatr Surg* 2011;46(6):1214-21. doi: 10.1016/j.jpedsurg.2011.03.056.
- Лопаткин Н.А., Сивцев В.В., Сафаров Р.М. Слоновость наружных половых органов. В кн. Избранные лекции по урологии [Под. Ред. Н.А. Лопаткина, А.Г. Мартова]. Медицинское информационное агентство, М.; 2008.С. 560-573. [Lopatkin N.A., Sivtsev V.V., Safarov R.M. Elephantiasis of the external genitalia. In the book. Selected lectures on urology [Under. Ed. ON. Lopatkin, A.G. Martov]. Medical News Agency, M. ; 2008.S. 560-573. (In Russian)].
- Halperin TJ, Slavin SA, Olumi AF, Borud LJ. Surgical management of scrotal lymphedema using local flaps. *Ann Plast Surg* 2007;59(1):67-72. doi: 10.1097/01.sap.0000258448.17867.20.
- Vignes S, Trévidic P. Lymphedema of male external genitalia: a retrospective study of 33 cases. *Ann Dermatol Venereol* 2005;132(1):21-25. doi: 10.1016/s0151-9638(05)79190-0.
- Baumeister RGH, Siuda S. Treatment of lymphedemas by microsurgical lymphatic grafting: what is proved? *Plast Reconstr Surg* 1990;85:64-74; discussion 75-76. doi: 10.1097/00006534-199001000-00012.
- Franco Mora MC, Pichín Quesada A, Giraudy Simón G, León Estrada M, Candebat Montero LH, Tamayo Tamayo I. External genitalia lymphedema. Case report. *Arch Esp Urol* 2007;60(6):688-692. doi: 10.4321/s0004-06142007000600012.
- Favager N, Rist M, Krupp S. Reconstruction cutanée des organes genitaux externes: une ancienne méthode toujours d'actualité. *Helv Chir Acta* 1991;58:301-3.
- Sun GS, Zhong AG, He W, Du P, Song WM, Ma JG. Reconstruction of the external genitalia and repair of skin defects of the perineal region using three types of lateral groin flap. *Ann Plast Surg* 1990;24:328-34. doi: 10.1097/0000637-199004000-00005.
- Nelson RA, Alberts GL, King LE Jr. Penile and scrotal elephantiasis caused

## ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

- by indolent. Chlamydia trachomatis infection. *Urology* 2003;61(1):224. doi: 10.1016/s0090-4295(02)02078-2.
14. Михайличенко В.В., Фесенко В.Н. Клиническое наблюдение изолированного элифантиазиса полового члена. *Андрология и генитальная хирургия*. 2013;14(3): 58-60. [Mikhaylichenko V.V., Fesenko V.N. Clinical observation of isolated penile elephantiasis. *Andrologiya i genital'naya khirurgiya = Andrology and genital surgery*. 2013; 14 (3): 58-60. (In Russian)]
15. Elkiran YM, Elshafei AM, Abdelgawwad MS, Abdelmaksoud MA. Surgical management of giant scrotal lymphedema in morbidly obese patient with trisomy 21. *J Vasc Surg Cases Innov Tech* 2019;5(1):71-74. doi: 10.1016/j.jvscit.2019.02.002.
16. Liang L, Aftab-Hashmi M, Mirsaedi H. Treatment Program for the Management of Acute Male Genital Edema/Lymphedema. *J Hosp Med Manage* 2017;2:12. doi: 10.4172/2471-9781.100031.
17. Qing L, Zhaohua J, Zizhou Z, Lianming W, Guangyu W, Shiteng S, et al. Assessment of The Lymphatic System of the Genitalia Using Magnetic Resonance Lymphography Before and After Treatment of Male Genital Lymphedema. *Medicine* 2016;95(21):3755. doi: 10.1097/md.0000000000003755.
18. Rahman GA, Adigun IA, Yusuf IF, Aderibigbe AB, Etonyeaku AC. Giant scrotal lymphedema of unclear etiology: a case report. *J Med Case Rep* 2009;3(1):7295. doi: 10.1186/1752-1947-3-7295
19. Garaffa G, Christopher N, Ralph DJ. The management of genital lymphoedema. *BJU Int* 2008;102(4):480-484. doi: 10.1111/j.1464-410X.2008.07559.x.
20. Denzinger S, Watzlawek E, Burger M, Wieland WF, Otto W. Giant scrotal elephantiasis of inflammatory etiology: a case report. *J Med Case Rep* 2007;1:23. doi: 10.1186/1752-1947-1-23.
21. Mukenge SM, Catena M, Negrini D, Ratti F, Moriondo A, Briganti A et al. Assessment and follow-up of patency after lymphovenous microsurgery for treatment of secondary lymphedema in external male genital organs. *Eur Urol* 2011;60(5):1114-1119. doi: 10.1016/j.eururo.2010.11.020.
22. Parmar HD. The surgical approach in huge scrotal lymphedema. *Int J Med Sci Public Health* 2013;2(1):153-155. doi: 10.5455/ijmsph.2013.2.153-155.
23. Курбатов Д.Г., Дубский С.А., Лепетухин А.Е., Горохов М.А., Шварц Я.Г. Способ лечения элифантиазиса мошонки свободными аутодермальными лоскутами (клиническое наблюдение). *Андрология и генитальная хирургия* 2012;13(3):107-109. [Kurbatov D.G., Dubsky S.A., Lepetukhin A.E., Gorokhov M.A., Schwartz Y.G. A method for the treatment of scrotal elephantiasis with free autodermal flaps (clinical observation). *Andrologiya i genital'naya khirurgiya = Andrology and Genital Surgery* 2012; 13 (3): 107-109. (In Russian)].
24. Сафаров Р.М., Сивцев В.В., Ефремов Е.А., Поляков Н.В., Верзин А.В. Хирургическое лечение слоновости половых органов у мужчин. Тезисы докладов XIX конгресса Российского общества урологов. Ростов на Дону, 19-21 сентября 2019. С. 66-67. [Safarov R.M., Sivtsev V.V., Efremov E.A., Polyakov N.V., Verzin A.V. Surgical treatment of genital elephantiasis in men. Abstracts of the XIX Congress of the Russian Society of Urology. Rostov-on-Don, September 19-21, 2019. P. 66-67. (In Russian)].

## Сведения об авторах:

Тилляшайхов М.Н. – д.м.н., профессор, директор Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии МЗ РУз, г. Ташкент, Республика Узбекистан, tmirza58@mail.ru  
Tillyashaykhov M.N. – Dr. Sc., Professor, Director of the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Oncology and Radiology of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan, Tashkent, Republic of Uzbekistan, tmirza58@mail.ru.

Бойко Е.В. – к.м.н., заведующая отделением урологии Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии МЗ РУз, г. Ташкент, Республика Узбекистан, boykoelena82@mail.ru.  
Boyko E.V. – PhD, Head of the Department of Urology of the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Oncology and Radiology of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan, Tashkent, Republic of Uzbekistan, boykoelena82@mail.ru

Рахимов Н.М. – д.м.н., научный сотрудник отделения урологии Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии МЗ РУз, г. Ташкент, Республика Узбекистан, gulzor34@list.ru  
Rakhimov N.M. – Dr. Sc., Research Scientist of the Department of Urology of the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Oncology and Radiology, Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan, Tashkent, Republic of Uzbekistan, gulzor34@list.ru

Корень Л.П. – к.м.н., научный руководитель отдела лучевой диагностики Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии МЗ РУз, г. Ташкент, Республика Узбекистан, larisa.koren@mail.ru.  
Koren L.P. – PhD, scientific supervisor of the department of radiation diagnostics of the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Oncology and Radiology of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan, Tashkent, Republic of Uzbekistan, larisa.koren@mail.ru

Хасанов Ш.Т. – врач-ординатор отделения урологии Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии МЗ РУз, г. Ташкент, Республика Узбекистан, Sherali.khasanov@bk.ru  
Khasanov Sh.T. – Junior Doctor of the Department of Urology of the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Oncology and Radiology of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan, Tashkent, Republic of Uzbekistan

Абдусаматов Н.Т. – врач-ординатор отделения урологии Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии МЗ РУз, г. Ташкент, Республика Узбекистан.

Abdusamatov N.T. – Junior Doctor of the Department of Urology of the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Oncology and Radiology of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan, Tashkent, Republic of Uzbekistan

Отабоев А.Х. – реаниматолог отделения реанимации Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии МЗ РУз, г. Ташкент, Республика Узбекистан, alisotaboev@gmail.com

Ataboev A.Kh. – Resuscitator of the intensive therapy unit of the Republican specialized scientific and practical medical center of oncology and radiology of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan, Tashkent, Republic of Uzbekistan, alisotaboev@gmail.com

## Вклад авторов:

М.Н. Тилляшайхов, Л.П. Корень, А.Х. Атабоев – Концепция и дизайн  
Е.В. Бойко, Н.Т. Абдусаматов, Ш.Т. Хасанов – Сбор и обработка материала  
Е.В. Бойко, Н.М. Рахимов – Написание текста рукописи  
М.Н. Тилляшайхов – Анализ полученных данных

## Authors' contributions:

M.N. Tillyashaykhov, L.P. Root, A.Kh. Ataboev – Concept and Design  
E.V. Boyko, N.T. Abdusamatov, Sh.T. Khasanov – Collection and processing of material  
E.V. Boyko, N.M. Rakhimov – Writing a manuscript  
M.N. Tillyashaykhov – Analysis of the obtained data

**Информированное согласие.** Пациент подписал информированное согласие на публикацию своих данных.

*Informed consent.* Patient signed informed consent to publish their data.

**Конфликт интересов:** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.  
*Conflict of interest.* The authors declare no conflict of interest.

**Финансирование:** Исследование проведено без спонсорской поддержки.  
*Financing.* The study was performed without external funding.

**Статья поступила:** 14.10.19  
*Received:* 14.10.19

**Принята к публикации:** 21.10.19  
*Accepted for publication:* 21.10.19

# ПЕЙРОНИ



АКТУАЛЬНОЕ РЕШЕНИЕ!

УНИКАЛЬНЫЙ КОМПЛЕКС С ДОКАЗАННОЙ ЭФФЕКТИВНОСТЬЮ  
АКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ В ОТНОШЕНИИ БОЛЕЗНИ ПЕЙРОНИ

## ПЕЙРОФЛЕКС



Активные компоненты комплекса ПЕЙРОФЛЕКС при курсовом приеме способствуют:

- Уменьшению размера фиброзной бляшки<sup>1,2,3</sup>
- Замедлению прогрессирования искривления полового члена<sup>4,5</sup>
- Уменьшению боли в активную фазу болезни Пейрони<sup>6,7,8</sup>
- Профилактике искривления полового члена после травмы

**SHPHARMA**<sup>®</sup>  
source of healing

[www.shpharma.ru](http://www.shpharma.ru)

1. Carson C.C. Tech. Urol. 1997. Vol. 3, № 3. P. 135–139 2. Hasche-Klünder R. Urologe. A. 1978. Vol. 17, № 4. P. 224–227 3. Weidner W. et al. Eur. Urol. 2005. Vol. 47, № 4. P. 530–536 4. ZARAFONETIS C.J., HORRAX T.M. J. Urol. 1959. Vol. 81, № 6. P. 770–772.  
5. Scardino P.L., Scott W.W. Ann. N. Y. Acad. Sci. 1949. Vol. 52, № 3. P. 390–396 6. Chesney J. Br J Urol. 1975. Vol. 47. P. 209–218.  
7. Pryor J., Farrell C. Prog. Reprod. Biol. Med. 1983. Vol. 9. P. 41–45 8. Devine C.J., Horton C. Semin. Urol. 1987. Vol. 5. P. 251–261.

№ свидетельства госрегистрации RU.77.99.88.003.R.003360.09.19 от 16.09.2019.

БАД НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ

Для специалистов