

# Коррекционная корпоропластика с одномоментным фаллоэндопротезированием (клинический случай)

**П.С. Кызласов, А.И. Боков, М.М. Соколыцки, Ю.Д. Удалов, М.В. Забелин, Е.В. Помешкин, В.М. Трояков, О.В. Паклина**

*Кафедра урологии и андрологии ИППО ФМБЦ им. А.И.Бурназяна ФМБА*

## Сведения об авторах:

*Кызласов П.С. – к.м.н., доцент кафедры урологии и андрологии ИППО ГНЦ ФМБЦ им. А. И. Бурназяна ФМБА России; e-mail: dr.kyzlasov@mail.ru*

*Kyzlasov P.S. – PhD, associate professor, department of urology and andrology, AI Burnazyan Russian Federation State Research Center – Federal Medical Biophysical Center; e-mail: dr.kyzlasov@mail.ru*

*Боков А.И. – ассистент кафедры урологии и андрологии ИППО ГНЦ ФМБЦ им. А. И. Бурназяна ФМБА России; e-mail: dr.Bokov@bk.ru*

*Bokov A.I. – assistant of the department of urology and andrology, AI Burnazyan Russian Federation State Research Center – Federal Medical Biophysical Center; e-mail: dr.Bokov@bk.ru*

*Соколыцки М.М. – д.м.н., профессор кафедры урологии и андрологии ИППО ГНЦ ФМБЦ им. А. И. Бурназяна ФМБА России, России; e-mail: 7203331@gmail.com*

*Sokolshchik M.M. – Dr.Sc., professor of the department of urology and andrology, AI Burnazyan Russian Federation State Research Center – Federal Medical Biophysical Center; e-mail: 7203331@gmail.com*

*Удалов Ю.Д. – к.м.н., доцент кафедры терапии ИППО ГНЦ ФМБЦ им. А. И. Бурназяна ФМБА России; e-mail: udalov@fmbcfmba.ru*

*Udalov Y.D. – PhD, associate professor of the Department of Therapy, AI Burnazyan Russian Federation State Research Center – Federal Medical Biophysical Center; e-mail: udalov@fmbcfmba.ru*

*Забелин М.В. – д.м.н., профессор кафедры хирургии с курсами онкологии ИППО ГНЦ ФМБЦ им. А. И. Бурназяна ФМБА России; e-mail: maximzabelin@mail.ru*

*Zabelin M.V. – Dr.Sc., professor of the Department of Surgery with oncology courses AI Burnazyan Russian Federation State Research Center – Federal Medical Biophysical Center; e-mail: maximzabelin@mail.ru*

*Помешкин Е.В. – заведующий отделением урологии МБУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского; e-mail: pomeshkin@mail.ru*

*Pomeshkin E.V. – head of the Department of Urology, Regional Clinical Hospital of Emergency Medical Care MA Podgorbunsky; e-mail: pomeshkin@mail.ru*

*Трояков В.М. – ассистент кафедры урологии, андрологии и сексологии ИППО ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава РФ; e-mail: troyakov@mail.ru*

*Troyakov V.M. – assistant of the Department of urology, andrology and sexology, Professor V.F. Voyno-Yasenyetskiy Krasnoyarsk State Medical University; e-mail: troyakov@mail.ru*

*Паклина О.В. – д.м.н., заведующая патологоанатомическим отделением ГКБ им. С.П. Боткина, г. Москва; e-mail: dr.oxanapaklina@mail.ru*

*Paklina O.V. – Dr.Sc., professor, head of the pathoanatomical department of the State Clinical Hospital. S.P. Botkin; e-mail: dr.oxanapaklina@mail.ru*

**Б**лезнь Пейрони остается малоизученной проблемой, являясь при этом основной органической причиной искривления полового члена. Фибропластическая индурация полового члена относится к числу редких заболеваний, ее распространенность составляет 3-8% по обращаемости и до 25% – по данным аутопсий, или 388 больных на 100 000 человек (2-3% мужской популяции) [1]. В разных странах уровень распространенности болезни Пейрони среди взрослого мужского населения примерно одинаков. Стоит отметить, что до сих пор нет однозначного мнения по поводу патогенетического лечения фибропластической индурации с признаками и без признаков сосудистых нарушений полового члена. Обычно утверждается, что подходы к лечению пациента с болезнью Пейрони должны быть индивидуализированы с учетом целей и ожиданий самого больного, анамнеза, физикальных данных и состояния эректильной функции [1,2]. Выбор консервативного или хирургического лечения болезни Пейрони рекомендуют осуществлять в зависимости от стадии патологического процесса.

В статье приводится описание клинического случая коррекции деформации полового члена при болезни Пейрони.

Пациент И., 64 года поступил в ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА РФ с диагнозом: Болезнь Пейрони. Эректильная дисфункция.

Из анамнеза известно, что впервые отметил появление плотного образования по дорсальной поверхности в области проксимальной трети полового члена с искривлением последнего 2 года назад, в последующем искривление полового члена прогрессировало влево и вверх и вызывало ограничение половой жизни. Консультирован урологом по месту жительства, установлен диагноз: Болезнь Пейрони.

При осмотре наружные половые органы развиты по мужскому типу. Половой член обычных размеров, головка полового члена выводится без затруднений, розового цвета, мацераций не выявлено, наружное отверстие уретры не изменено. По дорсальной поверхности от основания до головки полового члена пальпируется плотный (каменистый) тяж, безболезненный при пальпации. В состоя-

нии тумисценции отмечается дорсолатеральная деформация полового члена влево на 20° и вверх на 90° (рис. 1).



Рис. 1. Дорсолатеральная деформация полового члена

По данным доплерографии полового члена: в области проксимальной трети по дорсальной поверхности полового члена до головки визуализируется очаг повышенной плотности с обедненным кровотоком (фиброзная индурация белочной оболочки), артерио-венозная недостаточность полового члена.

**Описание операции:** Под спинномозговой анестезией циркулярным разрезом с иссечением крайней плоти произведена мобилизация кожно – фасциальной лоскута до белочной оболочки, лоскут смещен к корню полового члена. Визуализирован дорсальный сосудисто-нервный пучок. Белочная оболочка освобождена в средней и проксимальной трети. ■

Произведена интракавернозная перфузия физиологическим раствором, при которой отмечается девиация полового члена влево на 20 градусов, вверх на 90 градусов. Продольным разрезом по волярной поверхности правого кавернозного тела осуществлен доступ в кавернозный канал, визуализирована бляшка с прорастанием в межкавернозную перегородку. Максимальная толщина бляшки составляла 0,8 см, отмечалось ее прорастание до межкавернозной перегородки с формированием костной ткани по средней линии, размером 7,0x1,2 см. Острым путем произведено иссечение фиброзной бляшки в пределах здоровой ткани (рис. 2). Де-



Рис. 2. Иссечение фиброзной бляшки

формация ликвидирована. По стандартной методике произведено бужирование кавернозных каналов. Кавернозные каналы по длине симметричны (21 см). Выполнена имплантация про-

теза Promedon Tube T-120 VS (рис. 3). Дефект белочной оболочки ушит



Рис. 3. Имплантация протезом Promedon Tube T-120 VS непрерывным швом полисорб 3/0. Кожно-фасциальный лоскут смещен дистально, установлен резиновый выпускник, наложены циркулярные швы по венечной борозде полисорб 3/0 (рис. 4). Йод. Асептическая повязка.



Рис. 4. Окончательный этап операции

При гистологическом исследовании: фрагмент ткани с выраженным фиброзом, гиалинозом, с фокусом оссификации в центре (рис. 5).

Течение послеоперационного периода без осложнений. Со вторых су-

ток пациент отмечает комплиментарные эрекции, выписан из стационара на третьи сутки. Половая жизнь возобновлена через 1 месяц, комплиментарные эрекции сохранены.

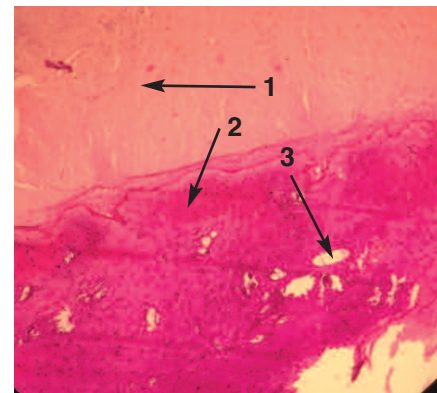


Рис. 5. Гистологическое исследование фиброзной бляшки (1-гиалиноз, 2-костный фрагмент, 3-сосуд)

Таким образом, корпоропластика с одномоментным фаллоэндопротезированием является эффективным методом устранения экстремальной деформации полового члена без укорочения его длины и с возможностью сохранения комплиментарных эрекций. Выбор операционной техники и доступа обеспечивают минимизацию хирургического пособия и ранний восстановительный период. ■

**Ключевые слова:** болезнь Пейрони, искривление полового члена, эректильная дисфункция, фаллоэндопротезирование, корпоропластика.

**Key words:** Peyronie's disease, curvature of the penis, erectile dysfunction, phalloendoprosthesis, corporoplasty.

#### Резюме:

Болезнь Пейрони (фибропластическая или пластическая индукция полового члена) относится к числу редких заболеваний, по некоторым данным ее распространенность составляет 2-3% в мужской популяции. Болезнь Пейрони является основной органической причиной искривления и, как следствие, укорочения полового члена. На сегодняшний день предложено множество способов лечения болезни Пейрони, при этом нет однозначного мнения по поводу выбора оперативной тактики. В данном клиническом случае представлен один из уникальных по своему течению и варианту исхода Болезни Пейрони, с выбором хирургического лечения.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

#### Summary:

##### Corrective corporoplasty with one-stage phalloendoprosthesis (clinical case)

Kyzlasov P.S., Bokov A.I., Sokolshchik M.M., Udalov Yu.D., Zabelin M.V., Pomeskin E.V., Troyakov V.M., Paklina O.V.

Peyronie's disease (also known as fibroplastic or plastic penile induction) is one of rare diseases, according to some sources its prevalence is 2-3% in the male population. Peyronie's disease is the main organic cause of curvature and, as a consequence, shortening of the penis. To date, many methods for treating Peyronie's disease have been suggested, and there is no clear-cut opinion on the choice of operational tactics. In this clinical case, one of the unique in its course and variant of the outcome of Peyronie's disease is presented, with the choice of surgical treatment.

Authors declare lack of the possible conflicts of interests.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Гарин Н.Н., Гвасалия Б. Р., Данилов И.А., Жуков О.Б., Попков А.М., Щеплев П.А. и др. Болезнь Пейрони. Москва: ИД «АВВ пресс»; 2012. 216 с.

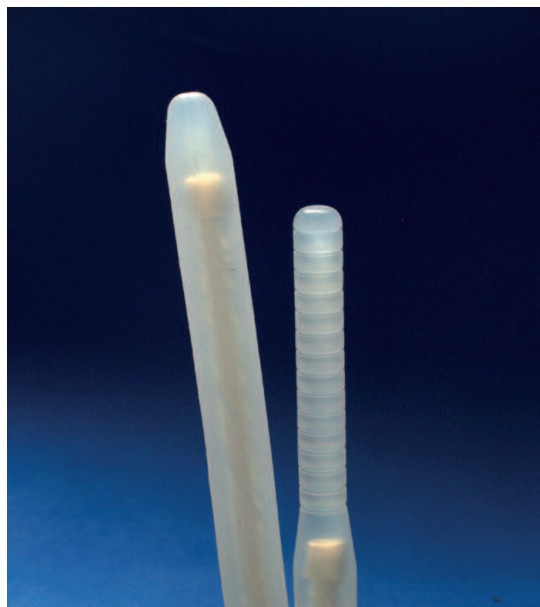
2. Al-Thakafi S, Al-Hathal N. Peyronie's disease: a literature review on epidemiology, genetics, pathophysiology, diagnosis and work-up. Transl Androl Urol. 2016;5(3):280-9. doi:10.21037/tau.2016.04.05.

#### REFERENCES (1)

1. Garin N.N., Gvasalija B. R., Danilov I.A., Zhukov O.B., Popkov A.M., Shheplev P.A. i dr. Bolezn' Peyroni. [Peyronie's disease] Moscow: ID «ABV press»; 2012. 216 p. (In Russian).

# TUBE

Malleable Penile Prosthesis  
SEMI-RIGID



## Пенильные протезы

### ■ Безопасность

Серебряная основа протеза расположена в тефлоновой трубке покрытой оболочкой из силиконового эластомера, - это оберегает окружающие ткани от повреждений.

### ■ Разные размеры

Можно подобрать имплант для каждого пациента в соответствии с его анатомическими особенностями.

### ■ Уникальная гибкость и твердость

Конструкция протеза обеспечивает не только твердость импланта, но и гибкость.

Протез можно разместить под углом до 130°, что позволяет вести активную сексуальную жизнь.

## Тестикулярные протезы

### ■ Безопасность

Силиконовый эластомер, из которого изготовлен имплант - нетекучий материал, поэтому протез не протекает даже в случае прокалывания.

### ■ Разные размеры

Можно подобрать имплант для каждого пациента в соответствии с его анатомическими особенностями.

### ■ Эстетичность

Благодаря консистенции силиконового эластомера, после имплантации протез практически не отличим от естественного яичка, ни тактильно, ни визуально.

# n&s



\*На правах рекламы

Имеются противопоказания. Перед применением необходимо ознакомиться с инструкцией