

УДК 616.66-089

П.С. Кызласов¹, М.М. Соколышчик¹, А.Г. Мартов¹, А.Г. Антонов², А.И. Боков¹, Ю.Д. Удалов¹

ЛОСКУТНАЯ КОРПОРОПЛАСТИКА АУТОВЕННОЙ У ПАЦИЕНТА С БОЛЕЗНЬЮ ПЕЙРОНИ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

¹ИППО ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России,
123098, ул. Маршала Новикова, 23, e-mail: fmbc-fmba@bk.ru, г. Москва;

²Дальневосточный государственный медицинский университет,
680000, ул. Муравьева-Амурского, 35, тел. 8-(4212)-76-13-96, e-mail: rec@mail.fesmu.ru, г. Хабаровск

Резюме

Фибропластическая индукция полового члена (болезнь Пейрони) остается малоизученной проблемой, при этом является основной органической причиной искривления полового члена. Болезнь Пейрони относится к числу редких заболеваний. По некоторым данным ее распространенность составляет 3-8 % по обращаемости и до 25 % по данным аутопсий, или 388 больных на 100 тысяч мужчин (2-3 % в мужской популяции). Нет однозначного мнения по поводу патогенетического лечения этой проблемы. В данном клиническом случае представлен один из вариантов хирургического лечения болезни Пейрони.

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

P.S. Kyzlasov¹, M.M. Sokolshchik¹, A.G. Martov¹, A.G. Antonov², A.I. Bokov¹, Yu.D. Udalov¹

AUTOVENOUS FLAPCORPPOROPLASTY WITH SINGLE-STEP (CORRECTIONAL) PLICATIONAL CORPROROPLASTY (CLINICAL CASE)

¹FMBC after A.I. Burnazyan, Moscow;

²Far Eastern State Medical University, Khabarovsk

Summary

Fibroplastic induction of the penis (Peyronie's disease) remains a poorly understood problem, and is the main organic cause of the curvature of the penis. Peyronie's disease is one of the rare diseases; According to some sources, its prevalence is 3-8 % for treatment and up to 25 % according to autopsy data, or 388 patients per 100 thousand people (2-3 % in the male population). There is no unequivocal opinion about pathogenetic treatment. In this clinical case, one of the variants of the surgical treatment of Peyronie's Disease is presented.

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

Фибропластическая индукция полового члена (болезнь Пейрони) остается малоизученной проблемой, при этом является основной органической причиной искривления полового члена. Болезнь Пейрони относится к числу редких заболеваний. Ее распространенность составляет 3-8 % по обращаемости и до 25 % по данным аутопсий, или 388 больных на 100 тысяч мужчин (2-3 % в мужской популяции) [1]. В разных странах уровень распространенности болезни Пейрони среди взрослого мужского населения примерно одинаков. Нет однозначного мнения по поводу патогенетического лечения фибропластической индукции 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.

Приводим описание клинического случая о коррекции деформации полового члена при болезни Пейрони.

Пациент И., 26 лет, поступил в ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА РФ с диагнозом болезнь Пейрони. Из анамнеза известно, что в течение 6 месяцев отмечает наличие плотного образования по дорзальной поверхности в области дистальной трети полового члена. Прогрессивное искривление полового члена влево и вверх с ограничением половой жизни. Травмы полового члена, болезненность при эрекции, так и без нее отрицает. Обратился к урологу по месту жительства, где установлен диагноз болезнь Пейрони.

При осмотре: наружные половые органы по мужскому типу, развиты правильно. Половой член обычных размеров, головка полового члена выводится без затруднений, розового цвета, мацераций не выявлено,

наружное отверстие уретры не изменено. По дорзальной поверхности в области головки полового члена пальпируется плотный фиброзный тяж с косым расположением, исходящим из правого кавернозного тела с переходом на левое, в области дистальной трети полового члена, безболезненный при пальпации. В состоянии тумисценции отмечается дорсолатеральная деформация полового члена влево (влево и вверх на 45 градусов).

По данным доплерографии полового члена: в области дистальной трети полового члена по дорзальной поверхности, визуализируется очаг повышенной плотности с обедненным кровотоком (фиброзная индурация белочной оболочки), пенильные сосуды проходимы.

Описание операции: циркулярным разрезом с иссечением крайней плоти, произведена мобилизация кожно-фасциального лоскута до белочной оболочки. Лоскут смещен к корню полового члена. Выполнена мобилизация дорсального сосудисто-нервного пучка в средней и дистальной трети. Белочная оболочка освобождена в средней и дистальной трети. Произведена интракавернозная перфузия физиологическим раствором, при которой отмечается девиация полового члена влево на 45 % вверх на 45 %. Острым путем произведено иссечение фиброзной бляшки. Максимальная толщина последней достигает 0,3-0,5 см. Отмечается прорастание ее до межкавернозной перегородки с формированием плотной (костной) ткани по средней линии. Размер бляшки 2,5×5 см. Деформация ликвидирована, достигнута элонгация полового члена +2,5 см (рис. 1).



Рис. 1. Дефект белочной оболочки полового члена после удаления фиброзной бляшки

Продольным разрезом на медиальной поверхности правого бедра послойно выделена большая подкожная вена, мобилизована на протяжении 10 см, отсечена, дистальный и проксимальный фрагменты лигированы. Венозный графт рассечен на 2 фрагмента, моделирован прямоугольный лоскут размерами 5,5х3 см, которым укрыт дефект белочной оболочки по дорсальной поверхности и фиксирован моноситом 5/0 (рис. 2). С целью герметичности и оценки девиации произведена интракавернозная перфузия физиологическим раствором, девиации не отмечается. Произведена дополнительная герметизация с помощью глубоких слоев фасции Бака. Послойное ушивание раны. Асептическая повязка.



Рис. 2. Фиксированный венозный лоскут

В первые сутки после операции пациент отмечает спонтанные эрекции. В гистологическом заключении данные соответствуют болезни Пейрони.

Таким образом, лоскутная корпоропластика аутоvenной является эффективным методом устранения деформации полового члена без укорочения его длины и с сохранением эрекции. Своевременная диагностика данного заболевания и информированность пациентов, в совокупности, дает благоприятные результаты, что в свою очередь приводит к сексуальной и социальной адаптации.

Литература

1. Калинина С.Н. Патогенетическое лечение фибропластической индурации полового члена (болезни Пейрони) // Экспериментальная и клиническая урология. – 2010. – № 3. – С. 56-61.

2. Al-Thakafi S. Disease: a literature review on epidemiology, genetics, pathophysiology, diagnosis and work-up. // Transl Androl Urol. – 2016. – Jun. – Vol. 5 (3). – P. 280-289.

Literature

1. Kalinina S.N. Pathogenetic treatment of fibroplastic induction of the penis (Peyronie's disease) // Experimental and clinical urology. – 2010. – № 3. – P. 56-61.

2. Al-Thakafi S. Disease: a literature review on epidemiology, genetics, pathophysiology, diagnosis and work-up. // TranslAndrol Urol. – 2016. – Jun. – Vol. 5 (3). – P. 280-289.

Координаты для связи с авторами: Кызласов Павел Сергеевич – канд. мед. наук, доцент кафедры урологии и андрологии ИППО ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России, тел. +7-963-968-71-73, e-mail: dr.kyzlasov@mail.ru; Соколыцик Михаил Миронович – д-р мед. наук, профессор кафедры урологии и андрологии ИППО ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России, тел. +7-903-720-33-31, e-mail: 7203331@gmail.com; Мартов Алексей Георгиевич – д-р мед. наук, профессор, зав. кафедрой урологии и андрологии ИППО ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России, тел. +7-916-680-70-96, e-mail: martovalex@mail.ru; Антонов Александр Геннадьевич – д-р мед. наук, профессор, зав. кафедрой урологии и нефрологии ДВГМУ, тел. +7-924-303-24-01, e-mail: antonovs@rambler.ru; Боков Алексей Иванович – ассистент кафедры урологии и андрологии ИППО ГНЦ ФМБЦ им. А. И. Бурназяна ФМБА России, тел. +7-929-610-31-91, e-mail: dr.Bokov@bk.ru; Удалов Юрий Дмитриевич – канд. мед. наук, доцент кафедры терапии ИППО ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России, тел. +7-916-310-23-63, e-mail: udalov@fmbcfmba.ru.



УДК 616-002.71+616.981.45-053.81-055.1]07-08

Ю.Н. Сидельников¹, С.Н. Слободянюк², Д.Ю. Костенко¹

ПСЕВДОТУБЕРКУЛЕЗ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ

¹Дальневосточный государственный медицинский университет,
680000, ул. Муравьева-Амурского, 35, тел. 8-(4212)-76-13-96, e-mail: nauka@mail.fesmu.ru;

²301-й Окружной военный клинический госпиталь,
680038, ул. Серышева, 1, тел. 8-(4212)-39-75-00, г. Хабаровск

Резюме

За последний год пятилетнего наблюдения за динамикой больных псевдотуберкулезом (ПСТ) в инфекционном отделении окружного военного госпиталя отмечался подъем заболеваемости вспышечного характера. Заболевание протекало преимущественно в среднетяжелой форме, связи между степенью тяжести и вариантом клинического течения инфекции не наблюдалось. Наиболее часто применяемым препаратом для этиотропной терапии PST был цефтриаксон, который быстро и эффективно купировал проявления болезни.

Ключевые слова: псевдотуберкулез, эпидемиология псевдотуберкулеза, клиника псевдотуберкулеза, лечение псевдотуберкулеза.

Y.N. Sidelnikov¹, S.N. Slobodyanyuk², D.Yu. Kostenko¹

PSUDOTUBERCULOSIS IN THE MILITARY PERSONNEL

¹Far Eastern State Medical University;

²District Military Clinical Hospital № 301, Ministry of Defense of the Russian Federation, Khabarovsk

Summary

For the last 5-years-period of studying pseudotuberculosis (PST) in the infection department of the district military hospital, the incidence of PST outbreaks was found to be significantly increased. The disease course was moderately severe with no correlations between the severity and clinical course of the disease. The etiotropic therapy of PST included mainly Ceftriaxon as the most acceptable and effective medicine leading to the fast recovery.

Key words: pseudotuberculosis, pseudotuberculosis epidemiology, clinic of a pseudotuberculosis, treatment of a pseudotuberculosis.

Псевдотуберкулезная инфекция в настоящее время чаще носит спорадический характер, но возможны подъемы заболеваемости в организованных коллективах с общим источником питания [1, 2]. В последние годы по данным инфекционного отделения окружного военного клинического госпиталя (ОВКГ) заболеваемость этой инфекцией носила спорадический характер и колебалась от 1 случая в 2013 году до 9

в 2011 году. В 2015 году наблюдался существенный рост заболеваемости – количество госпитализированных составило 41.

Целью работы было изучение эпидемиологических, клинических и лабораторных особенностей течения псевдотуберкулезной инфекции в однородной группе молодых мужчин – военнослужащих по призыву во время подъема заболеваемости в 2015 году.