

Возможности хирургической коррекции в решении интимных проблем мужчины

Здоровье репродуктивной системы – одна из важнейших определяющих качества жизни каждого мужчины. Искривление (девиация) полового члена порождает у пациента целый ряд интимных проблем, что стимулирует современную медицину к поиску эффективных методов лечения. Первое научное сообщение о хирургической коррекции искривления полового члена было сделано еще в 1842 году. И сегодня ни один конгресс сексологов не обходится без обсуждения этой волнующей темы.

О возможностях хирургической коррекции девиаций полового члена рассказал старший научный сотрудник Института неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака АМН Украины, доктор медицинских наук Сергей Николаевич Шамраев, представивший результаты многолетнего исследования.



С.Н. Шамраев

– Согласно эпидемиологическим данным первичные и вторичные девиации встречаются менее чем у 2% мужского населения в возрасте от 18 до 68 лет. В основе патологии лежит формирование неэластичной ткани, в частности в пределах поверхностной или глубокой фасций и белочной оболочки кавернозных тел.

При фибропластической индурации пениса (болезни Пейрони) образование одиночных или множественных фиброзных бляшек начинается с асептического воспалительного процесса, локализованного в белочной оболочке кавернозных тел. При этом заболевание имеет 4 стадии развития: латентную, манифестную, стадию стабилизации и конечную (стадия склероглиалиноза).

Первым проявлением патологического процесса является угловое отклонение полового члена во время эрекции. Оно связано со снижением эластичности белочной оболочки в зоне формирования фиброзной бляшки.

! Девиация может приводить к трудностям во время полового акта, связанным со сложностями введения, вторичным нарушениям гемодинамики полового члена, а также психологическому дискомфорту. У 30-64% пациентов со временем формируется эректильная дисфункция.

Эффективность назначаемой терапии в первую очередь зависит от правильности определения стадии течения заболевания. Так, на начальных стадиях рекомендуется консервативная терапия, которая, однако, оказывается эффективной не более чем у 20% мужчин. На стадии стабилизации и склероглиалиноза (когда площадь поражения белочной оболочки не увеличивается в течение 9-12 мес) целесообразно хирургическое вмешательство, возможностям и перспективам которого было посвящено множество работ.

Современные методы хирургического лечения при указанной патологии разделяют на две группы в зависимости от сохранения либо удаления патологического участка белочной оболочки. В первом случае с целью коррекции искривления полового члена обычно выполняется операция формирования дубликатур белочной оболочки (пликация белочной оболочки, то есть наложение утягивающих швов с выпуклой стороны), приводящая к ряду негативных последствий (основные из которых состоят в сокращении длины пениса, а также в сохранении беспокоящих пациента фиброзных бляшек). При втором типе оперативного вмешательства практикуется иссечение бляшки и пластика дефекта белочной оболочки тканями пациента либо биосинтетическим имплантатом. Эффективность новых альтернативных неоперативных методов лечения девиаций полового члена не превышает таковую хирургического вмешательства, в ряде случаев позволяющего восстановить качество жизни мужчины.

Целью нашего исследования было сравнение непосредственных и отдаленных результатов двух типов хирургической коррекции девиаций полового члена. В исследовании, проводившемся в течение 12 лет (1997-2008 гг.), приняли участие пациенты (n=45) в возрасте от 34 до 68 лет, страдающие первичными и вторичными девиациями полового члена. Первую группу составили 38 больных, перенесших иссечение

белочной оболочки полового члена с замещением дефекта дезэпителизированной свободной аутодермой (методика Аустони, 1995). Во вторую группу вошли 7 пациентов, которым была проведена операция на основе функционального подхода – выполнена максимально щадящая хирургия белочной оболочки полового члена с дозированным Н-подобным рассечением ее по глубине и ширине. Для замещения образовавшегося дефекта белочной оболочки применяли биоπλαстический коллагеновый материал «Коллост». Возраст, анамнез и основные клинико-функциональные показатели пациентов обеих групп не имели достоверных отличий (сопутствующие заболевания, нарушения мочеиспускания, особенности белочной оболочки кавернозных тел и расположения бляшки, проведение консервативного лечения). Продолжительность заболевания варьировала от 1 до 5 лет. У всех больных уплотнение белочной оболочки наблюдалось в виде бляшек различной величины, расположенных по дорзальной или латеральной поверхности кавернозных тел. Средний уровень девиации пениса составлял $47^{\circ} \pm 7^{\circ}$. При этом объем патологического фокуса и степень девиации, а также сложности с проведением полового акта были более выражены во второй группе, что обусловило выбор метода коррекции девиации.

При обследовании у 16 (39%) пациентов обнаружены две или более фиброзных бляшки; при ультрасонографии у 27 (65,6%) больных выявлено локальное или диффузное утолщение белочной оболочки, а у 12 (29,3%) – ее кальцификация. Размер патологического участка составлял в среднем 40 ± 5 мм в длину и 12 ± 5 мм в ширину; толщина фиброзных бляшек варьировала от 2 до 4 мм. Перифокальное воспаление диагностировано у 14 пациентов. По данным фармакодоплерографии полового члена, отмечено значительное снижение скорости кровообращения в систоле (ниже 25 см/с), а также резистивного индекса ниже 0,7 у 12 (29,3%) больных. При гистологическом исследовании операционного материала у больных первой группы констатирован значительный фиброз белочной оболочки с явлениями глиалиноза и участками инкрустации солями кальция, и реже – оссификации. Статистически достоверные различия в состоянии пациентов перед операцией отсутствовали.

Предоперационное обследование больных проводилось согласно рекомендациям Европейской ассоциации урологов и включало сбор анамнеза и оценку жалоб по Международному опроснику сексуальной функции, физикальное обследование с пальпацией бляшки и фотографированием полового члена во время эрекции, а также ультрасонографию, магнитно-резонансную томографию, лабораторные исследования.

В послеоперационном периоде устанавливали уретральный катетер Фоли на 2 сут, обязательно назначали комбинацию цефалоспоринов с аминогликозидами (5 сут), далее – фторхинолоны (3 нед). Кроме того, реабилитационный протокол включал фармакотерапию ингибиторами фосфодиэстеразы, терапию локальным отрицательным давлением, а также применение кортикостероидов в течение не менее 3 месяцев.

Хирургическое вмешательство в обеих группах проводилось под комбинированным

внутривенным наркозом с использованием миорелаксантов и искусственной вентиляции легких. Больным первой группы производилось стандартное хирургическое вмешательство: измененный участок белочной оболочки удаляли вместе с нормальной тканью на расстоянии 5 мм от края фиброзной бляшки и замещали свободным кожным лоскутом, взятым с внутренней поверхности бедра. Толщину имплантата приводили в соответствие с толщиной белочной оболочки с помощью дерматомы. Коррекцию девиации пениса контролировали при создании искусственной эрекции путем введения физиологического раствора в кавернозные тела.

Пациентам второй группы после визуализации измененного участка белочной оболочки производили Н-образное ее рассечение с покрытием дефекта биоπλαстическим коллагеновым материалом «Коллост». С помощью инновационного способа производства достигается высокая степень очистки материала и сохранение структуры белка, что позволяет получить продукт, идеально приближенный к коллагену человека.

! Результаты многочисленных исследований доказана способность коллагена выполнять роль физиологической матрицы, обеспечивающей нормальные процессы регенерации. «Коллост» способствует усилению иммунной реакции организма, миграции фибробластов из окружающей ткани, пролиферации эпителиальных клеток. Со временем участок имплантации заполняется заново синтезированными волокнами коллагена.

В ходе хирургического вмешательства продолжительность операции, объем кровопотери, степень послеоперационной девиации полового члена статистически не отличались у больных обеих групп. Хороший косметический эффект в виде полной анатомической коррекции деформации через 3 мес отметили у 28 (74%) пациентов первой и 7 (100%) второй группы. Аналогичные данные получены в отношении восстановления эректильной функции и возможности проведения полового акта. У 7 (18%) больных из первой группы отмечены неудовлетворительный результат: отсутствие косметического эффекта, наличие некорректированной девиации с осложнениями при половом акте. У 3 (8%) мужчин наблюдалось формирование новых фокусов бляшек. Среди негативных результатов у пациентов из первой группы отмечены гематомы пениса без признаков суперинфекции (n=2), некроз участка кожи головки пениса (n=1), рецидив девиации (n=6) и нагноение раны, требующее пролонгации лечения (n=2). Указанные осложнения были устранены путем применения консервативной терапии, в ряде случаев требовалось повторное хирургическое вмешательство. У всех пациентов второй группы ранний послеоперационный период прошел без осложнений.

Отдаленные результаты хирургического лечения при наблюдении 34 больных первой группы в течение более года показали, что адекватную для осуществления нормального полового акта эрекцию полового члена поддерживали лишь 20 (52,6%) пациентов, в то время как у 10 (29,4%) отмечена эректильная дисфункция, у 6 (17,6%) – ретракция пениса. Такие неутешительные

результаты мы связываем с особенностями хирургического вмешательства в первой группе пациентов. Широкое удаление фиброзных бляшек и замещение дефекта аутодермой приводит к гистотрансформации кожного лоскута, развитию воспаления и фиброзу в позднем послеоперационном периоде. Отмечено, что обширное удаление уплотненной белочной оболочки коррелировало с большей частотой осложнений. В числе причин ретракции пениса у некоторых больных первой группы могут быть ложный рецидив (при неполном удалении бляшки), неадекватные размеры кожного лоскута, фибрирование аутодермы в позднем послеоперационном периоде. Таким образом, результаты корпоропластики полового члена аутодермотрансплантатом привели к положительному результату в отдаленном послеоперационном периоде лишь у 53% больных.

! Ретроспективный анализ результатов пластики дефектов белочной оболочки пениса биоπλαстическим коллагеновым материалом «Коллост» и хорошие краткосрочные результаты новой методики вмешательства послужили поводом к пересмотру стратегии в отношении тактики лечения девиаций полового члена.

В настоящее время мы предлагаем придерживаться следующих принципов, позволяющих добиться максимальной эффективности и свести к минимуму риск осложнений:

1. Перед хирургическим вмешательством всем пациентам с указанным заболеванием должна быть проведена консервативная терапия в течение 6-9 мес, направленная на стабилизацию склероглиалиноза белочной оболочки.

2. Любые признаки уменьшения скорости кровообращения в систоле являются фактором риска нарушения ригидности пениса в послеоперационном периоде, требуют дополнительной коррекции и обсуждения с пациентом возможности эндопротезирования кавернозных тел.

3. Патологические особенности первичных и вторичных девиаций требуют дифференцированного подхода к лечебной тактике. Хирургическое вмешательство необходимо в тех случаях, когда патология приводит к невозможности осуществления пациентом полового акта. При этом врач должен руководствоваться не только достигаемым косметическим эффектом, но и степенью девиации, состоянием половой функции и заинтересованностью пациента в ее сохранении с учетом общего соматического статуса.

4. При проведении хирургического вмешательства следует применять новую методику коррекции девиаций с уменьшением ятрогенного нарушения анатомии полового члена. Новая концепция предполагает вместо удаления участка белочной оболочки проводить Н-образное ее рассечение с замещением дефекта биоπλαстическим коллагеновым материалом «Коллост». Данная техника является надежной альтернативой традиционному методу и соответствует современным требованиям функциональной хирургии, но требует дальнейшего изучения и оценки накопленного опыта.

Подготовила Катерина Котенко

