

Наш опыт диагностики и лечения врожденного искривления полового члена

В.Ф. Бавильский, М.Н. Саётов, О.Ф. Плаксин, Ф.Н. Зимин
Урологическое отделение Городской клинической больницы № 5, Челябинск

Контакты: Владимир Фавелевич Бавильский fzimin@mail.ru

Врожденное искривление полового члена, в отличие от приобретенного искривления, имеет ряд особенностей, которые необходимо учитывать при диагностике и оперативном лечении. Имеются также различия по определению показаний к операции и ведению раннего и позднего послеоперационного периода у данных пациентов. Представлен анализ оперативного лечения у 24 больных. Особое значение придается диагностике данной патологии при помощи вакуумно-сжимающего аппарата и особенностям его применения в раннем послеоперационном периоде после различных оперативных вмешательств при врожденной девиации полового члена. Учитывая, что в литературных источниках мало работ, посвященных анализу оперативного лечения врожденной девиации полового члена, мы решили поделиться нашими наблюдениями. Основной целью работы явилось также изучение ранних и поздних осложнений после различных методов оперативного лечения врожденного искривления полового члена и наш опыт их лечения при помощи терапии локальным отрицательным давлением.

Ключевые слова: врожденное искривление полового члена

Our experience of diagnosis and treatment of congenital penile curvature

V.F. Bavliskiy, M.N. Sayetov, O.F. Plaksin, F.N. Zimin
Urology Unit, City Clinical Hospital Five, Chelyabinsk

Congenital chordee unlike acquired one has a number of peculiarities that should be taken into account when making a diagnosis and performing surgical treatment. There are also differences in determining the indications for surgery and managing the early and late postoperative period in these patients. The surgical treatment was analyzed in 24 patients. Particular importance is attached to the diagnosis of this pathology using a vacuum-compression device and to the feature of its application in the early postoperative period after different surgical interventions for congenital penile deviation. Considering that fact that there are few publications on the analysis of surgical treatment for congenital penile deviation in the literature references, we decided to share our observations. The main objective of this investigation was also to study early and late complications after different surgical treatments for congenital chordee and to show our experience in their management using local negative pressure therapy.

Key words: congenital chordee

Введение

Врожденное искривление полового члена — это деформация полового члена в состоянии эрекции, возникающая при диспропорции анатомических структур (кавернозных тел, белочной оболочки, уретры) врожденного генеза, в отличие от искривления полового члена приобретенного характера, к которой относятся болезнь Пейрони (фибропластическая индурация полового члена), последствия травм полового члена и локальный фиброз.

Врожденное искривление полового члена встречается в 0,4–1 случае на 1000 населения. Впервые врожденную девиацию полового члена описал в 1842 г. Y. Mettaner, он выделил ее как самостоятельное заболевание и предложил методы хирургической коррекции.

В этиологии данной патологии играют роль дисгормональные нарушения. Так, вследствие снижен-

ного уровня половых гормонов во внутриутробном периоде или в периоде раннего полового созревания в некоторых случаях в результате нарушения чувствительности тканей к половым гормонам эти явления приводят к нарушению развития половых органов. Возникает недоразвитие одного из кавернозных тел (диспропорция кавернозных тел), или в одном из кавернозных тел одна из сторон развивается медленнее и становится короче другой. В некоторых случаях формируется гипоплазия уретры или наблюдается асимметрическое развитие фасции полового члена; возникающая анатомическая асимметрия в состоянии эрекции проявляется искривлением различной величины. В редких случаях угол искривления достигает до 90°, но в большинстве искривление составляет от 30° до 40°.

Подростки начинают отмечать искривление полового члена в период полового созревания и появления эрекции – в возрасте 10–12 лет. На первых этапах возникает психологическая настороженность, беспокойство по типу «не так, как у всех» (психогенные формы эректильной дисфункции (ЭД)). Затем могут возникнуть опасения перед половым контактом по типу полового невроза, особенно при первых неудачах при половых контактах (дебютные формы ЭД). При значительном искривлении и при хорошей эрекции возникают чисто механические препятствия для осуществления полового контакта. Так или иначе, во многих отмеченных случаях врожденное искривление полового члена затрудняет или не позволяет вступать в половые контакты на начальных этапах половой жизни, а значит, оно является важной проблемой для юношей фертильного возраста.

При врожденной девиации полового члена пациентов можно разделить на 2 группы:

- 1) девиация, возникающая в результате врожденных дефектов развития белочной оболочки и кавернозных тел полового члена;
- 2) девиация, возникшая в результате врожденных дефектов развития спонгиозного тела полового члена и пенильной уретры (хорды при гипоспадии и хорды без гипоспадии).

Искривление может быть боковое, дорсальное, вентральное. В некоторых случаях искривление может сопровождаться ротацией кавернозных тел вокруг своей оси.

Необходимо отметить в клинической картине следующие особенности: в 1-й группе пациентов искривление всегда происходит в сторону недоразвитого кавернозного тела. Наиболее типичным считается латеральное искривление. Во 2-й группе пациентов, когда искривление наступает за счет нарушения развития или нарушения эластичности спонгиозного тела уретры, чаще возникает вентральное искривление.

Материалы и методы

Диагностика искривленного полового члена не представляет сложности, но имеет определенные особенности:

- очень важно тщательно собирать анамнез с учетом наличия травмы полового члена, поскольку подростки в некоторых случаях скрывают наличие травмы полового члена (бытовые, спортивные, при мастурбации);
- в отличие от искривления полового члена приобретенного характера при пальпации не определяются рубцы и бляшки;
- больному необходимо в домашних условиях самостоятельно провести фотографирование полового члена в состоянии эрекции в прямой и боковой проекциях. В тех случаях, когда для создания эрекции необходимо проводить стимуляцию искусственной эрекции, мы проводим ее при помощи аппарата по

типу «вакуумно-сжимающей системы» со сбрасыванием предварительно подобранного зажимающего кольца на основание полового члена после создания эрекции при помощи локального отрицательного давления (ЛОД). После этого фотографируем и определяем угол искривления (рис. 1–3). Создание удовлетворительной искусственной эрекции получается при разрежении от 0,2 до 0,4 атмосфер.

Определение угла искривления полового члена проводится по представленной ниже схеме (рис. 4).

При оценке угла искривления допускается угол искривления до 15° в любую сторону. В тех случаях, когда угол искривления превышает 15°, значительно возрастает возможность перелома полового члена.

Применение стимуляции эрекции при помощи ЛОД позволяет нам не только отказаться от интракавернозной



Рис. 1. Аппарат для стимуляции эрекции (диагностическая модель)



Рис. 2. Создание искусственной эрекции при помощи ЛОД в колбе аппарата для стимуляции эрекции



Рис. 3. После сбрасывания зажимного кольца и удаления колбы определяется угол деформации полового члена

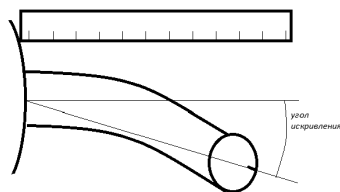


Рис. 4. Схема определения угла искривления полового члена

стимуляции эрекции вазоактивными препаратами. Поскольку, во-первых, методика интракавернозной стимуляции инвазивна, а во-вторых, методика малостандартизируемая, особенно у юношей с их гиперсексуальностью. Очень трудно точно подобрать дозу вазоактивного препарата, чтобы получить удовлетворительную эрекцию и исключить острый приапизм.

Н.И. Бойко (2004), М.М. Соколышник (2008), В.А. Ковалев (2009) предлагают для создания искусственной эрекции, при наличии показаний к стимуляции эрекции, применять ингибиторы фосфодиэстеразы 5-го типа (ФДЭ-5) (виагра 50 мг на фоне видеостимуляции эрекции). Для оценки состояния кавернозных тел проводится кавернозография по стандартной методике. Для определения состояния белочной оболочки кавернозных тел, наличия бляшек или их отсутствия проводится ультразвуковое сканирование полового члена. В тех случаях, когда отмечено нарушение эрекции, рекомендовано проведение ультразвуковой доплерографии сосудов полового члена, с помощью которой оцениваются базальный и стимулированный артериальный и венозный кровоток.

Для оперативного лечения врожденного искривления полового члена мы в своей практике применяем следующие методики оперативного лечения.

При вентральных искривлениях первым этапом проводим выделение губчатого тела уретры от плотных фасциальных участков, иногда выделение и выпрям-

ление уретры с губчатым телом создают достаточную длину уретры. Этого часто бывает достаточно для выпрямления полового члена, иногда производим иссечение хорды и пластинку гипоспадии.

При операциях, связанных с дефектами белочной оболочки, мы производим 4 вида оперативных вмешательств с учетом показаний и противопоказаний к этим методикам.

1. Операции Щеплева, пликационные методы и их модификации без вскрытия кавернозных тел [4]. Заключаются в наложении пликаций белочной оболочки на противоположной стороне искривления. Количество пликаций зависит от выраженности угла искривления и его распространенности, большой или малой величины по длине полового члена. Операцию мы выполняем в состоянии искусственной эрекции, методом объемной стимуляции при помощи физиологического раствора, поступающего дозированно в кавернозное тело (интракавернозно).

Недостатки операции типа Щеплева:

- необходимо использование нерассасывающегося шовного материала, что может привести к формированию плотных болезненных образований под кожей полового члена;
- возможность развития рецидива при нарушении целостности лигатуры.

2. Операции типа Несбита [4]. Резекция сегмента в белочной оболочке с соединением краев дефекта. Эта операция чаще применяется при выраженном искривлении, когда без вскрытия и иссечения кавернозной ткани успешно ликвидировать искривление не удается.

Недостатки операции типа Несбита [4]:

- кровотечение, возникающее после нарушения целостности белочной оболочки полового члена из кавернозной ткани;
- высокий риск повреждения уретры и нервно-сосудистого пучка и развития кавернита, развитие фиброза в кавернозной ткани, что приводит к ЭД.

Показания к операции типа Несбита и Щеплева [4]:

- угол искривления не более 45°;
- деформация без сужения;
- достаточная длина полового члена;
- отсутствие ЭД.

3. Операции, при которых применяют одновременное иссечение белочной оболочки полового члена с кавернозным телом полового члена типа Несбита с дополнительной, по необходимости, пликацией белочной оболочки типа Щеплева. Эта операция применяется в тех случаях, когда искривление идет в нескольких направлениях и в одном из них имеется очень выраженное искривление.

Указанные методики приводят к уменьшению длины полового члена на 1 см. Пациента необходимо информировать об этом до операции [2–4]. Чтобы компенсировать укорочение полового члена, некоторые

Результаты оперативного лечения

Название операции	Число пациентов	Ранний послеоперационный результат	Отдаленный послеоперационный результат	Осложнения	Оценка пациентом
Операция типа Несбита	4	Полное выпрямление	Полное выпрямление	Укорочение полового члена на 1 см	Удовлетворительно, $n = 4$
Операция пликация типа Щеплева	13	Полное выпрямление	Полное выпрямление	Фиброзные участки на месте швов, укорочение полового члена на 1,5 см	Удовлетворительно, $n = 11$
Операция Несбита–Щеплева	3	Полное выпрямление	Полное выпрямление	Укорочение полового члена на 1,5 см	Удовлетворительно, $n = 3$
Операция по типу Микулича в модификации Кудрявцева и Пятницина	2	Полное выпрямление	Полное выпрямление	Плотные участки на месте швов	Удовлетворительно, $n = 2$
Пластические операции на уретре, спонгиозном теле, иссечение хорды + операции пликации	2	В 1 случае незначительное искривление	В 1 случае сохранилось искривление на 5–10°	Нет	Удовлетворительно, $n = 2$

авторы предлагают производить лигаментотомию, которая позволяет удлинить половой член на 1–2 см.

4. Д.Л. Кудрявцев, Г.С. Пятницин (2000) предложили методику типа операции Микулича, при которой белочную оболочку по противоположной стороне рассекают продольно и сшивают поперечно. Но данные авторы предложили методику продольного рассечения кавернозного тела и его поперечного ушивания с выпуклой стороны и поперечного рассечения и продольного сшивания с пораженной стороны. Разрезы производят попарно от 4 до 6 см с каждой стороны в состоянии искусственной эрекции до полной коррекции. С помощью операции, по мнению авторов, достигается полное выпрямление и не происходит значительного укорочения полового члена, так как применяются пликации белочной оболочки, что является достоинством методики. В то же время то, что приходится рассекать белочную оболочку полового члена, является ее недостатком.

Результаты обследования и оперативного лечения

За период с 1990 по 2011 г. в нашей клинике наблюдалось 24 пациента с врожденной девиацией полового члена. По возрасту они распределились следующим образом: от 16 до 18 лет – 14, от 19 до 20 лет – 6, от 21 до 23 лет – 4 больных. У нас не было пациентов старше 23 лет. Это подтверждается многими авторами – в основном эта патология отмечается у молодых людей с 16 до 23 лет.

Искривление от 10° до 25° выявлено у 9 пациентов, от 26° до 35° – у 11, от 36° до 45° – у 2, от 46° до 90° – у 2. Преимущественно искривление составило от 10° до 35°.

У всех пациентов не отмечены болевой синдром и выраженное нарушение эрекции.

Пятнадцать больных жили половой жизнью и только 4 отметили, что не живут половой жизнью из-за выраженного искривления, несмотря на сохранение удовлетворительной эрекции.

Пять пациентов не имели половых контактов из-за неуверенности, связанной с искривлением, несмотря на то, что эрекция у них была удовлетворительная.

Диагностика была проведена по стандартной схеме. Выбор метода оперативного лечения проводился с учетом угла искривления и распространенности по осевой длине полового члена, а также с учетом характера анатомической диспропорции, приводящей к искривлению, и обязательно после беседы с родителями пациентов. После определения угла искривления и размеров полового члена выставлены показания для оперативного лечения.

Необходимо отметить, что во многих случаях больные сами активно требовали оперативной коррекции (косметические показания).

Показания к оперативному лечению:

- косметические показания – 10 пациентов;
- искривление и функциональное нарушение эрекции – 10 пациентов;
- искривления, не позволяющие вступить в половой контакт, – 4 пациента.

Из 24 пациентов в 22 случаях пациенты удовлетворены результатами оперативного лечения при сроке наблюдения до 5–10 лет (таблица). Из осложнений отмечено укорочение полового члена от 0,5 до 1,5 см в 18 случаях. При кавернозных пликациях в 3 случаях формировались незначительные безболезненные плотные участки на месте швов. Рецидивов искривления не наблюдали.

Обсуждение

Показания к оперативному лечению врожденного искривления полового члена определяются по тем же критериям, что и при приобретенном искривлении, – величина угла искривления, невозможность вступить в половой контакт из-за выраженной девиации полового члена, наличие ЭД различного генеза, чаще пси-

хогенного характера. Необходимо отметить, что при врожденном искривлении полового члена более часто встречаются косметические показания к операции, поскольку при врожденных искривлениях в сравнении с приобретенными выраженное искривление полового члена встречается реже. Так как страдают в основном молодые люди, у них часто встречается психогенная ЭД и очень редко изолированная ЭД органического генеза.

Больные чаще всего не довольны внешним видом полового члена во время эрекции. И часто косметические показания являются единственными показаниями для оперативного лечения. Как правило, это молодые люди, которые только начинают половую жизнь и не имеют сексуального опыта и свои дебютные неудачи чаще всего расценивают как следствие искривления полового члена, которое, в свою очередь, может быть незначительным.

Из 24 пациентов, прооперированных по поводу врожденного искривления, в 22 случаях срок амбулаторного послеоперационного наблюдения составил от 5 до 10 лет. Удовлетворительный результат при этом отмечен у 18 пациентов при применении методики оперативного лечения типа Несбита, операции типа Щеплева и операции Несбита–Щеплева; наблюдалось укорочение полового члена от 0,5 до 1,5 см. У этих пациентов в послеоперационном периоде проводилась интенсивная ЛОД-терапия и рассасывающая терапия до 6 мес, что позволило удлинить половой член до той длины, которая у них наблюдалась до операции. Поэтому все больные оценили результаты операции как удовлетворительные. Послеоперационное лечение, включающее ЛОД-терапию и рассасывающую терапию, во всех случаях позволило ликвидировать отрицательные моменты – укорочение полового члена. После операции типа Несбита–Щеплева мы в обязательном порядке применяли ЛОД-терапию через 3–4 нед после операции и проводили курс лечения до 3–6 мес. Поэтому мы отказались применять

операцию рассечения поддерживающей связки полового члена при предполагаемом послеоперационном укорочении.

Необходимо отметить, что у наших пациентов, у которых органическая ЭД сочеталась с функциональной (психогенного характера) ЭД, особенно при дебютных формах, через 3–4 нед после операции перед началом половой функции мы назначали пробу с препаратами ФДЭ-5. Рекомендуется в течение 1–3 мес, помимо психотерапевтического лечения, проводить курс виагры 25–50 мг за 30–40 мин до интимной близости, что позволит легче преодолеть психологические барьеры у этих пациентов [1].

Заключение

Необходимо отметить, что врожденное искривление полового члена встречается в более молодом возрасте, чем приобретенное искривление. Учитывая, что страдают в основном молодые пациенты, которые только начинают половую жизнь, у них часто встречается сочетание органической ЭД, обусловленной самим искривлением полового члена, и психогенной ЭД, что, без сомнений, требует назначения дополнительного лечения в послеоперационном периоде.

Показанием к оперативному лечению при врожденной девиации полового члена чаще всего являются косметические дефекты.

Анализируя наш опыт оперативного лечения 24 пациентов по поводу врожденного искривления, в 22 случаях получены удовлетворительные результаты от применения методик Несбита, Щеплева и Несбита–Щеплева. В послеоперационном периоде наблюдалось несколько случаев укорочения полового члена, которые были нами устранены соответствующей терапией с обязательным включением ЛОД-терапии до 3–6 мес, что в дальнейшем позволило всем пациентам отказаться от операции рассечения поддерживающей связки полового члена с целью его удлинения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бойко Н.И. Врожденная девиация полового члена и коррекция при помощи Виагры. Здоровье мужчины 2004;4:88–91.
2. Горячев И.А., Щеплев П.А., Живов А.В., Плеханов А.Ю. Лечение искривле-

- ний полового члена на пороге третьего тысячелетия. Сборник трудов II симпозиума по мужской генитальной хирургии. М., 1999. 72 с.
3. Михайличенко В.В., Александров В.П., Новиков И.Ф. и др. Оперативное

- лечение врожденной и приобретенной деформации полового члена. Сборник трудов II симпозиума по мужской генитальной хирургии. М., 1999. 12 с.
4. Щеплев П.А., Аполихин О.И. Андрология. Клинические рекомендации. М., 2007.