

# **ХВОРОБА ПЕЙРОНІ: НЕРВОВО-СУДИННОЗБЕРІГАЮЧА ЗАМІСНА ФАСЦІАЛЬНА КОРПОРОПЛАСТИКА ПРИ ДЕФЕКТАХ БІЛКОВОЇ ОБОЛОНКИ ВЕЛИКИХ РОЗМІРІВ**

*Саричев Л.П., Саричев Я.В., Савченко Р.Б.*

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава

Фібропластична індурація статевого члена – захворювання вперше було описано у 1743 р. французьким хірургом Франсуа Де Ла Пейроні, лікарем короля Людовика XV. Поширеність хвороби Пейроні (ХП) серед чоловіків старше 40 років коливається в межах від 1% до 9%, збільшуючись з віком. Проявляється у вигляді новоутворення білкової оболонки. Може супроводжуватись больовим синдромом, що разом з деформацією статевого члена призводить до порушення копулятивної функції [1, 2].

Щодо етіології ХП існують різні погляди. До факторів ризику відносять вік, цукровий діабет, генетичну схильність. Найбільш вірогідною причиною фібропластичного ураження статевого члена вважають надриви білкової оболонки з мікрокрововиливами. При цьому анатомічні особливості білкової оболонки провокують розвиток незавершеного запального процесу, результатом якого стає надмірна проліферація фібробластів. Процес утворення фіброзних бляшок, в ряді випадків з кальцифікацією, відбувається досить повільно, впродовж 1,5 років і більше. Діагноз виставляють на підставі скарг, анамнезу, огляду хворого, ультразвукової доплерографії [2, 3].

Медикаментозна терапія ХП включає вітаміни групи В, нестероїдні та стероїдні протизапальні засоби, протеолітичні ферменти, ангіопротектори. На думку F.E. Kuehhas і співавт. (2011) показання до консервативних методів обмежуються виключно стабілізацією фібропластичного процесу та купіруванням больового синдрому [4]. В

якості альтернативи пропонують вакуумну терапію, лазеротерапію та ЕУХЛ, ефективність яких часто не задовольняє пацієнтів [4, 5].

Показанням до хірургічного лікування ХП є неможливість статевого акту внаслідок значної деформації статевого члена (більше 30°) чи вираженого больового синдрому. До недавнього часу найбільш поширеними вважались пликаційні операції (Несбіта, Прайора-Фітцпатрика, Гейнеке-Мікулича) [6, 7]. Разом із тим, запорукою успішного лікування є видалення фіброзної бляшки у межах незміненої білкової оболонки із замісною корпоропластикою (Рекомендації ЄАУ). В якості пластичного матеріалу пропонують сегмент вени, власну вагінальну оболонку яєчка, шкіру або синтетичні матеріали. Труднощі виникають при дефектах білкової оболонки після видалення фіброзної бляшки великих розмірів чи кількох бляшок [7, 8]. У 2018 р. В.П. Стусь, А.В. Суварян узагальнили досвід застосування у якості пластичного матеріалу широкої фасції стегна [9].

Наводимо приклад успішного хірургічного лікування пацієнта з ХП, дефект білкової оболонки у якого після видалення фіброзної бляшки перевищував 50 мм.

Пацієнт Н., 53 років, направлений онкологом на консультацію з приводу хрящоподібного утворення статевого члена. Хворіє близько 1,5 років. В ерегованому стані відмічає викривлення статевого члена догори більше 30°, виражений больовий синдром, який посилюється впродовж останніх 3 міс., що зумовило порушення копулятивної функції. Об'єктивно: в 1 см від голівки пальпується хрящоподібне утворення розмірами 35x50 мм, яке починається з тильної поверхні і у вигляді панцира на 2/3 радіуса оперізує статевий член. За результатами ультразвукової доплерографії кровопостачання статевого члена виявилось збереженим.

Під с/м анестезією циркулярним розтином як при круговому обрізанні шкіра та підлеглі тканини відведені до кореня статевого члена. Глибока фасція над фіброзною бляшкою відшарована від білкової оболонки з максимальним збереженням нервово-судинного пучка. Мобілізований нервово-судинний пучок відведений в сторону на м'яких турнікетах. Кальцифікована фіброзна бляшка видалена у межах незміненої білкової оболонки.

Розтином уздовж на передній поверхні стегна на межі верхньої та середньої третини розітнуті тканини до широкої фасції. Викроєний фаціальний фрагмент розмірами 40x60 мм. Рана пошарово ушита.

Дефект білкової оболонки закритий фаціальною латкою, яка виявилася достатньо міцним і, в той же час, еластичним аутоматеріалом. Остання фіксована по краям 4 вузловими швами і далі безперервним швом ПДС 5/0 з нахлестом на кожному 3-му стежку із захватом печеристої тканини підшита до білкової оболонки. Центральна частина її додатково фіксована до волокон перегородки вузловими швами. Шляхом штучної медикаментозної ерекції перевірена герметичність шва. Рана пошарово ушита. Сечовий міхур дренований катетером Foley 16 F, який видалений на 2 добу. Впродовж 5 діб парентерально отримував Клексан у дозі 0,6 мг. Еректильна функція виявилась збереженою. Через 6 тижнів деформації статевого члена та больового синдрому під час статевого акту пацієнт не відмічає.

**Висновок.** Нервово-судиннозберігаюча замісна корпоропластика широкою фасцією стегна при дефектах білкової оболонки великих розмірів є ефективним методом хірургічного лікування ХП, що дозволяє уникнути деформації статевого члена, больового синдрому і зберегти копулятивну функцію.

**Література.**

1. Johnson H.M., Weerakoon P., Stricker P.D. The Incidence, Aetiology, and Presentation of Peyronie's Disease in Sydney, Australia // *Sexuality and Disability*. - 2002. - Vol. 20, №2. - P.109-116.
2. Smith J.F., Walsh T.J., Lue T. F. Peyronie's Disease: A Critical Appraisal of Current Diagnosis and Treatment // *Int. J. Impot. Res.* - 2008. - Vol. 20, №5. - P.445-459.
3. Hellstrom W.J.G. et al. Bother and distress associated with Peyronie's disease: validation of the Peyronie's disease questionnaire // *The Journal of urology*. – 2013. – Vol. 190, №2. – P.627-634.
4. Kuehhas F.E., Weibl P., Georgi T., Djakovic N., Herwig R. Peyronie's Disease: Nonsurgical Therapy Options // *Rev. Urol.* - 2011. Vol. 13, №3. - P.139-146.
5. Raheem A.A. et al. The role of vacuum pump therapy to mechanically straighten the penis in Peyronie's disease // *BJU International*. – 2010. – Vol. 106, №8. – P.1178-1180.
6. Wimpissinger F. et al. 10 Years' plaque incision and vein grafting for Peyronie's disease: does time matter? // *The journal of sexual medicine*. – 2016. – Vol. 13, №1. – P.120-128.
7. Levine L.A., Larsen S.M. Surgery for Peyronie's disease // *Asian journal of andrology*. – 2013. – Vol. 15, №1. – P.27.
8. Хинман Ф. Оперативная урология: Атлас: Пер. с англ. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2001. – 1192 с.: ил. – С.215-220.
9. Стусь В.П., Суварян А.Л. Наш опыт лечения больных с болезнью Пейрони / *Урология*. – 2018. - Т. 22, №3 (86). – С.171-174.