

го вмешательства. У одной больной послеоперационный период осложнился облитерацией мочеточника в верхней трети и формированием кожного мочевого свища.

Сроки наблюдения за больными составили от 4 - 5 месяцев до 3 лет. За период наблюдения рецидива заболевания или признаков диссеминации опухолевого процесса выявлено не было. Функция оперированной почки оценивалась по результатам нефросцинтиграфии.

Заключение. Хирургическая коррекция остается основным методом лечения больных

почечно-клеточным раком. При опухолевом поражении единственной почки, двустороннем раке или при выраженной почечной недостаточности показано органосохраняющее лечение. Однако в ряде случаев выполнение операции *in situ* без использования методов временной консервации органа технически невозможно. Селективная экстра- или интракорпоральная консервация позволяет на длительное время отключить почку от магистрального кровотока, резецировать опухоль и минимизировать риск потери ее функции.

Сведения об авторах статьи:

Комяков Борис Кириллович – д.м.н., профессор, зав. кафедрой урологии ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России. Адрес: 191015, Санкт-Петербург, ул. Кирочная, 41. Тел. (812) 510-94-33. E-mail: komyakovbk@mail.ru

Шломин Владимир Владимирович – к.м.н., заведующий отделением СПб ГБУЗ «Городская многопрофильная больница №2». Адрес: 194354, Санкт-Петербург, Учебный переулок, 5.

Гулиев Бахман Гидаятович – д.м.н., профессор кафедры урологии ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России. Адрес: 191015, Санкт-Петербург, ул. Кирочная, 41.

Замятин Сергей Алексеевич – к.м.н., сотрудник СПб ГБУЗ «Городская многопрофильная больница №2». Адрес: 194354, Санкт-Петербург, Учебный переулок, 5. E-mail: elysium2000@mail.ru

Товстуха Денис Владимирович – аспирант кафедры урологии ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России. Адрес: 191015, Санкт-Петербург, ул. Кирочная, 41.

Нечаев Илья Игоревич – к.м.н., докторант кафедры урологии ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России. Адрес: 191015, Санкт-Петербург, ул. Кирочная, 41.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аксель, Е. М. Заболеваемость злокачественными новообразованиями мочевых и мужских половых органов в России / Е.М. Аксель // Онкоурология. – 2005. – № 1. – С. 3-6.
2. Аляев, Ю.Г. Органосохраняющие операции при опухоли почки / Ю.Г. Аляев [и др.]. – М., 2009. – 272 с.
3. Матвеев, Б.П. Клиническая онкоурология. – М., 2011. – 934 с.
4. Матвеев, В.Б. Органосохраняющее лечение рака почки / В.Б. Матвеев [и др.] // Практическая онкология. – 2005. – №3. – С.162-166.
5. Суконко, О.Г. Резекция единственной почки с изолированной перфузией охлажденным раствором «EuroCollins» / Суконко О.Г. [и др.] // Онкоурология. – 2006. – №1. – С. 57-60
6. Руководство по хирургии торакоабдоминальных аневризм аорты / Ю. В. Белов, Р. Н. Комаров. – М., 2010. – 466 с.
7. Комяков, Б.К. Нефрэктомия и экстракорпоральная резекция с противоположной стороны при синхронном раке почек / Б.К. Комяков [и др.] // Урология и нефрология. – 1993. – №3. – С.51-52.

УДК 616.66-089

© С.В. Котов, А.Г.Юсуфов, 2013

С.В. Котов, А.Г.Юсуфов

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ КОРПОРОПЛАСТИКИ БУККАЛЬНЫМ ЛОСКУТОМ У БОЛЬНЫХ С БОЛЕЗНЬЮ ПЕЙРОНИ ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, г. Москва

В данной статье авторы делятся первым опытом и результатами использования слизистой щеки в заместительной корпоропластике искривлений полового члена у больных болезнью Пейрони. С ноября 2011г. двенадцати больным с искривлением полового члена и сохранной эректильной функцией выполнена заместительная пластика полового члена с использованием лоскута слизистой щеки. Операция проводилась двумя бригадами хирургов. В послеоперационном периоде больные получали ингибиторы ФДЭ 5 типа. У всех больных удалось достичь выпрямления полового члена без укорочения его размеров, отсутствия контрактур лоскута, сохранности половой функции, удовлетворенности партнерами.

Ключевые слова: болезнь Пейрони, искривление полового члена, корпоропластика, слизистая щеки.

S.V. Kotov, A.G. Yusufov

THE FIRST ATTEMPT OF VICARIOUS CORPOROPLASTY WITH BUCCAL FLAP IN PEYRONIE PATIENTS

In the article the authors share the experience and results of buccal mucosa use in vicarious corporoplasty of penis curvatures in patients with Peyronie disease. Since November 2011 12 patients with abnormal penis curvature and preserved erectile function were being performed vicarious penis corporoplasty with buccal mucosa use. The operation was carried out by 2 teams of surgeons. After the surgery the patients received PDE5 inhibitors. In all patients the surgery resulted in penis extension, absence of flap contractures, preservation of erectile function, partners' satisfaction.

Key words: Peyronie disease, penis curvature, corporoplasty, buccal mucosa.

Болезнь Пейрони характеризуется локальным фиброзом белочной оболочки полового члена, приводящим к укорочению полового члена за счет искривления и развитию эректильной дисфункции (ЭД). Современное понимание проблемы диктует необходимость сохранения адекватной эрекции без укорочения размеров полового члена, что не может быть достигнуто путем использования пликационных методов коррекции искривления полового члена. Кроме того, использование аллогенных трансплантатов, а также аутологичного материала имеет некоторые особенности индивидуальных и косметологических особенностей. Так, например, у больных с использованием аллогенных материалов, развивается фиброз с локальным утолщением в зоне графтинга, в то время как при венозном замещении иссеченной бляшки необходимо выполнять дополнительный разрез, возможны трудности с размерами, тромботические осложнения культи и т.д. Учитывая анализ литературы, руководствуясь собственным опытом применения различных методов пликационной и заместительной корпоропластики в клинике урологии ГКБ № 1 им. Н.И. Пирогова, представлены результаты накопленного опыта корпоропластики полового члена с использованием слизистой щеки.

Материал и методы. В исследование включено 12 больных в стабильной стадии течения болезни Пейрони, средний возраст 51 год (44 – 63 года). Предоперационное обследование включало в себя сбор анамнеза, расспрос жалоб с использованием анкеты МИЭФ – 5, физикальный осмотр с измерением угла искривления полового члена, проведение доплерографии сосудов полового члена на фоне интракавернозного введения ПГЕ-1 (каверджект 20 мг). Средний угол искривления составил 82° (45 – 120°) с локализацией бляшки по вентральной, дорсальной и латеродорсальной поверхностям полового члена, в 4-х случаях имелось наряду с вышеуказанным искривлением имелось сужение по типу «песочных часов» (рис 1.).

Размеры бляшек варьировали от 1,5 x 1,5 до 3 x 6 см (рис. 3). Индекс МИЭФ с средним составил 20,6 балла (11 – 25 баллов). На этапе внедрения заместительной корпоропластики с использованием слизистой щеки хирургическое вмешательство проводилось одной бригадой хирургов, что соответственно, увеличивало продолжительность операции. В последующем на этапе формирования искусственной эрекции путем введения физиологического раствора вторая бригада хирургов

проводила забор слизистой щеки. На этапе выделения буккального лоскута больному проводился эндотрахеальный наркоз. Среднее время операции составило 98 мин (70-130 мин), среднее время забора слизистой щеки с последующей подготовкой препарата составило 30 мин. Максимальные размеры выделенного лоскута составили до 4x5 см (рис. 4). Интраоперационно после фиксации буккального лоскута к белочной оболочке выполнялась искусственная эрекция на предмет герметичности наложенных швов, выпрямления полового члена и необходимости выполнения дополнительной пликации (рис. 5). В двух случаях пациентам выполнена дополнительная пликация. В послеоперационном периоде проводились дренирование уретральным катетером на сутки, санация ротовой полости растворами антисептиков, прием мороженого на следующее утро. Антибактериальная терапия в послеоперационном периоде не проводилась. На 2-е сутки пациенты выписывались с рекомендациями приема ингибиторов ФДЭ – 5 типа, тракционного массажа полового члена с третьих суток, повторной явки через 1, 3, 6 месяцев.

Результаты. Всем больным перенесшим заместительную буккальную корпоропластику, удалось полностью корригировать деформацию полового члена без укорочения его размеров (как длины, так и окружности). Интраоперационно после индуцирования эрекции полового члена натяжение лоскута не определялось. У больных отмечено улучшение эректильной функции (увеличение баллов индекса МИЭФ). Спустя 2 недели послеоперационного периода пациенты имели половые контакты без ощущения инородного тела в половом члене как самими пациентами, так и их партнершами. Основной жалобой в послеоперационном периоде являлось наличие парестезии в головке и теле полового члена, прошедшей спустя месяц после операции. Отеков, гематом, выбухания в зоне корпоропластики не отмечалось.

Заключение. Заместительная корпоропластика полового члена с использованием слизистой щеки является достаточно эффективным методом хирургической коррекции деформаций полового члена, позволяющим улучшить качество сексуальной и эректильной функций. Использование слизистой щеки, на наш взгляд, является более физиологичным материалом с лучшим приживлением за счет эластичных свойств, отсутствием формирования контрактур лоскута, местного фиброза за счет реактивных свойств лоскута и самое

главное возможностью замещения дефектов больших размеров, отсутствием необходимости дополнительных разрезов в проекции

бедренного треугольника и профилактики осложнений с нарушением лимфовенозного оттока и т.д.

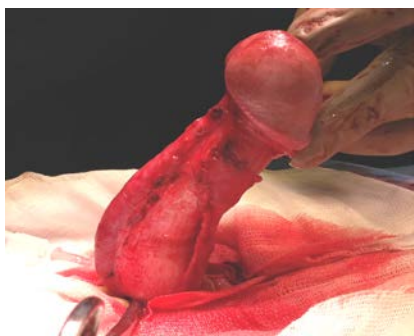


Рис. 1. Дорсолатеральное искривление полового члена

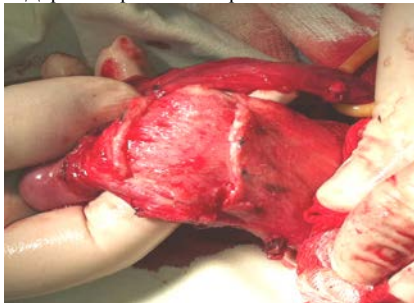


Рис. 2. Разрез в зоне фиброза (бляшки Пейрони) белочной оболочки полового члена

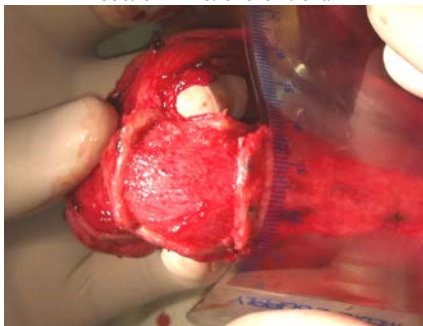


Рис. 3. Поперечный размер дефекта замещения белочной оболочки

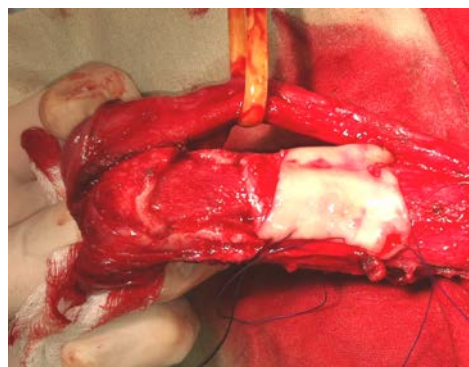


Рис. 4. Сопоставление лоскута с дефектом белочной оболочки



Рис. 5. Дефект замещен, искусственная эрекция

Сведения об авторах статьи

Котов Сергей Владиславович – зав. урологическим отделением № 36, Городская клиническая больница № 1 им. Н.И. Пирогова. Адрес: 117049, г. Москва, Ленинский проспект, 10, корпус 12. E-mail: urokotov@mail.ru.

Юсуфов Анвар Гаджиевич – врач-уролог, урологическое отделение № 36, Городская клиническая больница № 1 им. Н.И. Пирогова. Адрес: 117049, г. Москва, Ленинский проспект дом 10, корпус 12. Тел. (495) 5369208. E-mail: anvar.yusufov@mail.ru

ЛИТЕРАТУРА

1. Luigi Cormio, Alessandro Zucchi & all. Surgical Treatment of Peyronie's Disease by Plaque Incision and Grafting with Buccal Mucosa. *European urology* 55 (2009) 1469–1476.
2. Paulo H. Egydio. Surgical treatment of Peyronie's disease: choosing the best approach to improve patient satisfaction. *Asian J Androl* 2008; 10 (1): 158–166.
3. Laurence A Levine and Stephen M Larsen. Surgery for Peyronie's disease. *Asian Journal of Andrology* (2012), 1–8.
4. CC Carson1 and JL Chun. Peyronie's disease: surgical management: autologous materials. *International Journal of Impotence Research* (2002) 14, 329–335.
5. Tariq F. Al-Shaiji and Gerald B. Brock. Peyronie's Disease: Evolving Surgical Management and the Role of Phosphodiesterase 5 Inhibitors. *The Scientific World JOURNAL* (2009) 9, 822–845