

ЛИТЕРАТУРА

1. Аляев Ю. Г., Григорьев Н. А., Шария М. А., Винаров А. З., Рапопорт Л. М., Щеплев П. А., Попко А. С., Цариченко Д. Г. Возможности магнитно-резонансной томографии в диагностике болезни Пейрони // Андрология и генитальная хирургия. 2004. № 1–2. С. 56–59.
2. Diegebmarm R. F. Cellular and biochemical aspect of normal and abnormal wound healing: an overview // J. Urol. 1997. Vol. 157 (1). P. 298–302.
3. Chesney J. Peyronies disease // Br. J. Urol. 1975. Vol. 47. P. 209–218.
4. Nesbit R. M. Congenital curvature of the phallus – report of three cases with description of corrective operation // J. Urol. (Baltimore). 1965. Vol. 93. P. 230–232.
5. Carson C. C., Chun J. L. Peyronis disease: surgical management: autologous materials // International J. of impotence, № 5. 2002. P. 375–378.
6. Devine C. J., Horton C. E. Surgical treatment of Peyronies disease with a dermal graft // J. Urol. 1974. III. P. 44.
7. Иванов В. А., Мягков Ю. А., Аплетеев В. В. Имплантация протезов как метод лечения при сочетании болезни Пейрони и эректильной дисфункции: Сб. трудов второго симпозиума по мужской генитальной хирургии. М., 1999. С. 11.
8. Крыжановский В. Е., Кушниренко Н. П. Интракавернозная имплантация протезов при эректильной дисфункции вследствие болезни Пейрони // Воен.-мед. журнал. 1992. № 3. С. 53.
9. Тарасов Н. И., Бавильский В. Ф., Плаксин Л. Н. Оперативное лечение эректильной дисфункции при болезни Пейрони // Урология. 2001. № 3. С. 35–40.
10. Dunsmau W. D. Francois de la Peyronie. The man, his life, ad the disease // European Urology Today. 2003. № 4. P. 3.
11. Петрович С. В., Дьердьевич М. Л. Новый подход к хирургическому лечению болезни Пейрони // Андрология и генитальная хирургия. 2004. № 1–2. С. 44–47.
12. Chang J. A., Gholami S. S., Lue T. F. Surgical management saphenous vein grafts // International Journal of impotence. 2002. № 5. P. 375–378.
13. Austoni E., Colombo F., Romano L. Soft prosthesis implantant and relaxing albugineal incision with saphenous grafting for surgical therapy of Peyronies disease // European urology. 2005, № 47. P. 223–229.
14. Зильберман М. Н., Свиренко Д. В. Неполное стержневое интракавернозное протезирование в лечении эректильной недостаточности // Урология. 1991, № 4. С. 62–68.

**I. G. TARUASHVILI, V. N. KOCHOV,
G. I. TARUASHVILI, E. N. MATUHA,
J. B. MIRKIN, E. V. SIMONENKO,
A. V. ELDMAN, E. A. PORODENKO**

OUR OPINION ON THE PROBLEMS OF PENIS PROSTHETICS WITH PEYRONY'S DISEASE

One hundred and twenty seven patients who have illness of Peirony with the presence of erection were operated according to the method of one-sided intracavernous prosthetics in order to remove the evident erectile deformation. New operation of limited intracavernous prosthetics was worked out just to prevent the removal of endoprosthesis and to create more steadiness of penis. According to this policy thirty-one patients were operated with the help of the method of one-sided prosthetics. Postoperative check up reveals that the erectile deformation of the penis has removed as the result of the operation. There is an evident positive dynamics of the increasing with sexual life after holding the limited intracavernous prosthetics.

**Г. И. ТАРУАШВИЛИ, В. Н. КОЧОВ, И. Г. ТАРУАШВИЛИ,
Е. А. КИСЕЛЕВ, С. А. ГОЛОХВАСТ, А. В. МОРОЗОВ, С. А. ЧИЛОВ**

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА БОЛЕЗНИ ПЕЙРОНИ ДО И ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ

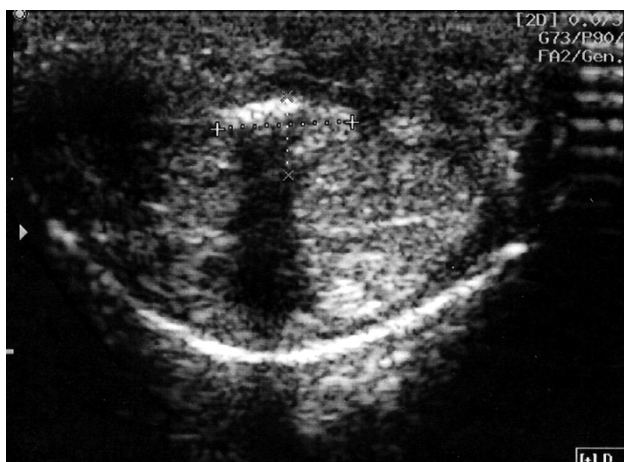
Кафедра госпитальной хирургии с курсом урологии КГМУ, г. Краснодар

В последние годы в научной литературе уделено серьезное внимание болезни Пейрони (БП), так как следствием этого заболевания могут стать эректильная деформация, а в дальнейшем и эректильная дисфункция. Все это, естественно, отражается на качестве жизни, которому придается большое значение в современном мире.

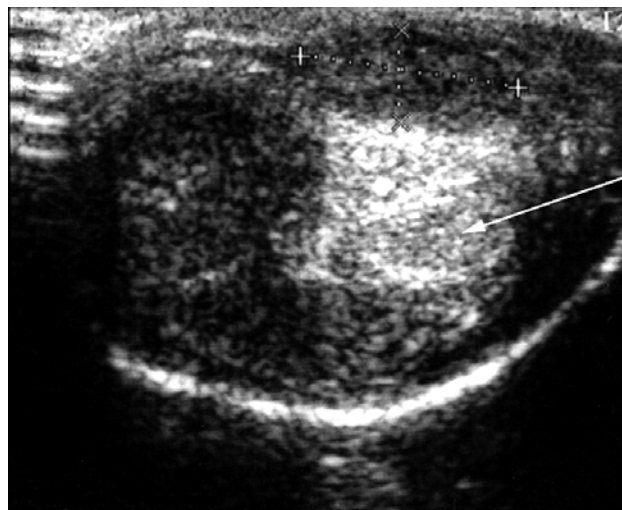
Характерным признаком патологического процесса при данном заболевании является образование плотной склеротической ткани в белочной оболочке полового члена (ПЧ), возможно появление фиброзных изменений в пещеристой ткани [1, 2, 3]. Среди методов диагностики БП важную роль играет ультразвуковое исследование (УЗИ). Наряду

с выявлением и характеристикой склеротических участков УЗИ позволяет дать оценку артериально-го и венозного кровообращения в половом члене [4, 5, 6].

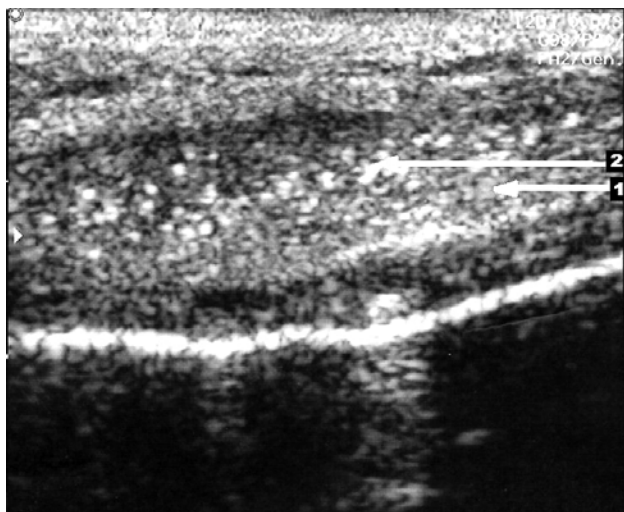
В научной литературе отсутствуют данные о возможностях ультразвуковой диагностики в оценке состояния пещеристой ткани и кровотока в кавернозных артериях после операций интракавернозного протезирования, предпринимаемых в связи с выраженной эректильной деформацией. Поэтому нам представлялось весьма насущным провести после операции УЗИ кавернозного тела в месте стояния эндопротеза, для того чтобы иметь представление о состоянии ткани, через которую реализуются все фазы эрекции.



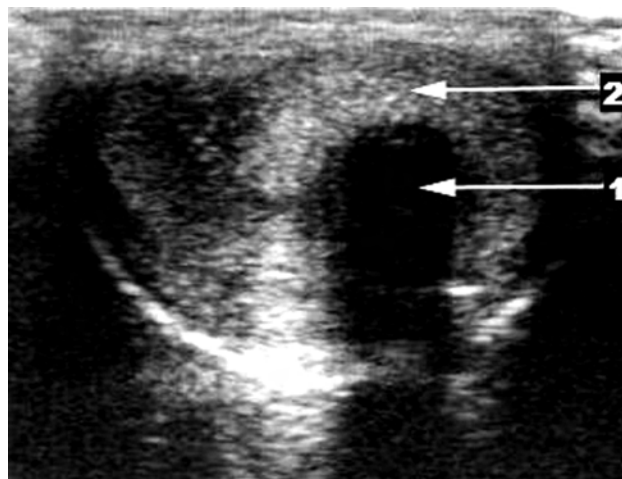
**Рис. 1. УЗИ полового члена (поперечный срез).
Склеротическая бляшка
в межавернозном пространстве
(гиперэхогенный участок с эхотенью)**



**Рис. 2. УЗИ полового члена (поперечный срез).
Признаки склероза белочной оболочки
левого кавернозного тела
со сдавливанием пещеристой ткани
(дистальный кавернозный фиброз)**



**Рис. 3. УЗИ полового члена (продольный срез).
Множественные гиперэхогенные включения
в пещеристой ткани:
1 – пещеристая ткань;
2 – гиперэхогенное включение**



**Рис. 4а. УЗИ полового члена (поперечный срез):
1 – эндопротез в левом кавернозном теле;
2 – пещеристая ткань вокруг эндопротеза**

Материалы и методы исследования

За период с 1999 г. по 2006 г. обследованы 96 пациентов с БП. Клиническими признаками заболевания были боли при эрекции, искривление полового члена в тыльную сторону (82 пациента), в правую (у 2), в левую (у 12). Угол искривления был более 40°, при пальпации определялись плотные склеротические бляшки различных размеров, уплотненные кавернозные тела.

УЗИ полового члена перед операцией интракавернозного протезирования проводилось на аппарате Acuson 128. Этим же пациентам перед операцией выполнялась кавернозография после введения в одно из кавернозных тел 76%-ного раствора верографина. Двенадцать пациентов обследованы нами в различные сроки (от 3 месяцев до 7 лет) после разработанной нами

операции одностороннего ограниченного интракавернозного протезирования. Сущность операции заключалась в том, что для устранения эректильной деформации в наиболее пораженное склерозом кавернозное тело имплантировали плотный эндопротез диаметром 6–7 мм, длина которого не превышала размеры ствола полового члена. С помощью аппарата Aloka 3500 изучались структура пещеристой ткани, примыкающей к эндопротезу, а также кровоток в кавернозных артериях до и после введения вазоактивного препарата.

Результаты и обсуждение

Ультразвуковая картина склеротических поражений полового члена характеризовалась наличием гиперэхогенных образований. На серошкальной эхограмме

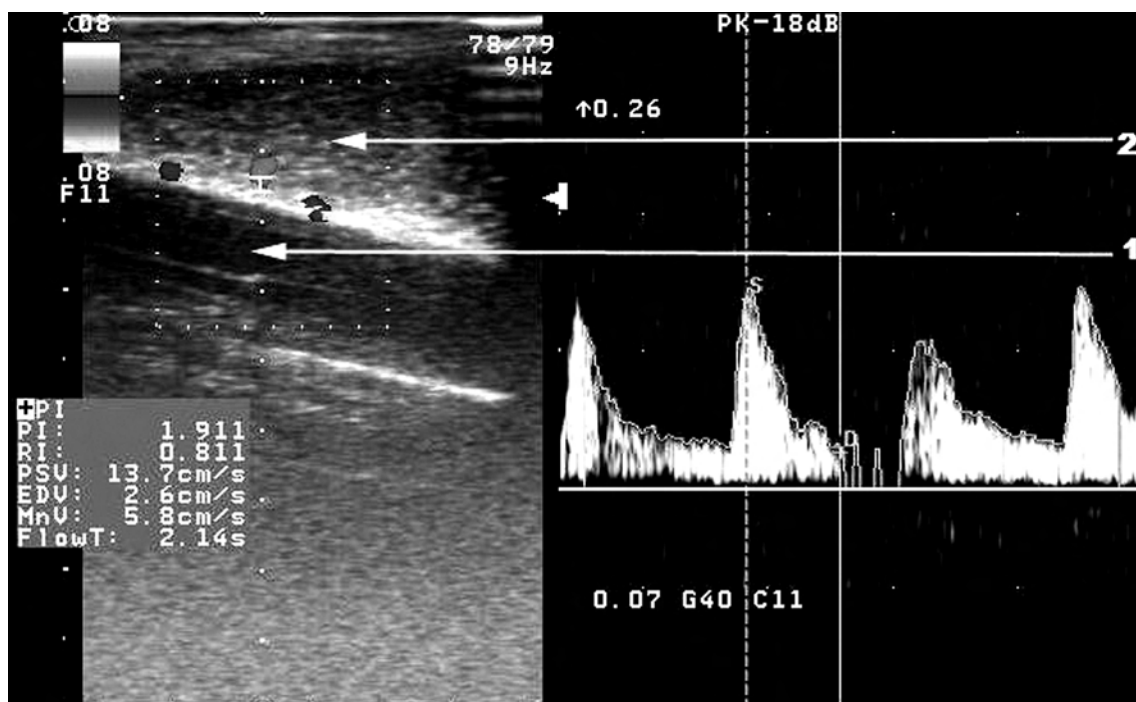


Рис. 4б. Цветовое доплеровское картирование и УЗДГ (продольный срез):

- 1 – эндопротез;
- 2 – пещеристое тело вокруг эндопротеза

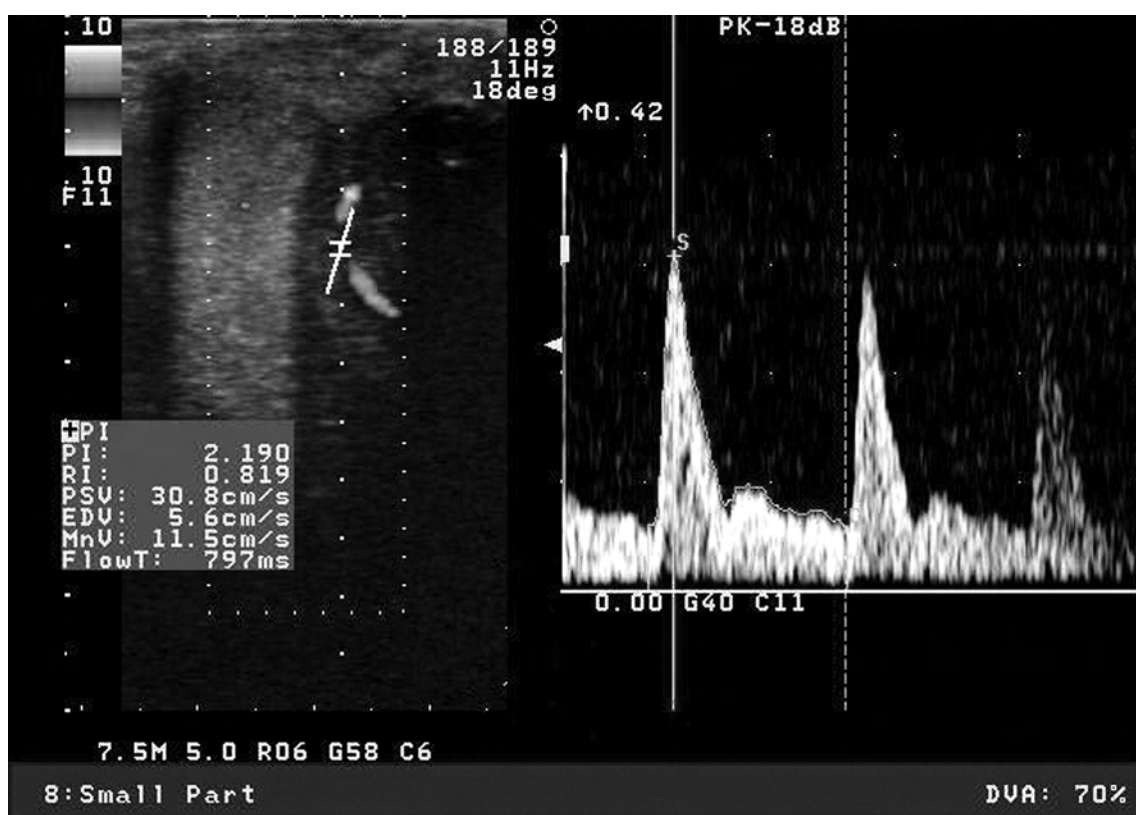


Рис. 4в. Цветовое доплеровское картирование и УЗДГ (продольный срез) после введения вазоактивного препарата

гиперэхогенные участки от 8 до 20 мм и более располагались в межкавернозной перегородке с переходом на белочную оболочку кавернозного тела (рис. 1). На фоне гиперэхогенных образований в проекции кавернозного тела у 15 пациентов отмечались признаки сдавления пещеристой ткани в дистальных отделах полового члена (рис. 2). При сочетании БП с кавернозным фиброзом (КФ) на серошкальной эхограмме выявляли единичные, а чаще множественные гиперэхогенные включения размерами от 1 до 3 мм, рассеянные на определенном участке пещеристой ткани полового члена (рис. 3). Наличие или отсутствие эхотеней определялось, по-видимому, плотностью фиброзных тканей.

Полученные при ультразвуковой диагностике данные подтверждались результатами кавернозографии. При этом о наличии склеротической бляшки в межкавернозном пространстве свидетельствовали дефекты наполнения по внутреннему контуру контрастированного кавернозного тела, фестончатый характер этого контура, неравномерность контрастирования пещеристой ткани. Признаки склероза дистальных отделов кавернозных тел на кавернозограмме проявлялись сужением дистального участка пещеристой ткани, неровностью контуров, увеличением расстояния между внутренними краями пораженных участков пещеристой ткани (отклонением их друг от друга). Проксимальнее границы склероза пещеристые тела были расширены.

Придерживаясь разработанного нами принципа ограниченного интракавернозного протезирования (ОИП), мы имплантировали эндопротез в наиболее пораженное склерозом кавернозное тело [8]. При этом длина эндопротеза могла определяться протяженностью склероза. Такой подход требовал соответствующей предоперационной диагностики. Ответ на поставленные вопросы мы получали перед операцией после продольного сканирования правого и левого кавернозных тел и поперечного сканирования обоих кавернозных тел в проксимальном, среднем и дистальных отделах. При необходимости получения дополнительной информации выполнялась кавернозография.

В научной литературе по протезированию полового члена при эректильной дисфункции существует представление о том, что тотальное двустороннее протезирование приводит к склерозу пещеристой ткани полового члена [7]. Поэтому при использовании в клинической практике метода ограниченного интракавернозного протезирования мы искали ответы на вопросы: полноценна ли оставшаяся пещеристая ткань вокруг эндопротеза? сохраняется ли в ней кровоток? способна ли она к увеличению своих размеров, что характерно для нормальной эрекции?

Нами проведена ультразвуковая диагностика в разные сроки (от 3 месяцев до 7 лет) после ОИП у 12 пациентов. Получены данные о том, что у всех пациентов после операции вокруг эндопротеза сохраняется полноценная пещеристая ткань с удовлетворительным кровотоком в кавернозных артериях.

В подтверждение сказанного приводим результаты послеоперационного ультразвукового обследования пациента.

Пациент И. 38 лет. 22.03.06 г. в связи с выраженной эректильной деформацией на фоне склероза полового члена в урологическом отделении МУЗ БСМП г. Краснодара в левое кавернозное тело осуществлена имплантация эндопротеза длиной 6 см диаметром 7 мм. При ультразвуковой диагностике через 3 месяца после операции

определена нормальная структура пещеристой ткани вокруг эндопротеза (рис. 4а). При цветовом доплеровском картировании и доплерографии контурируется левая кавернозная артерия, пиковая скорость кровотока в ней составила 13,7 см/сек. (рис. 4б). После введения вазоактивного препарата пиковая скорость в кавернозной артерии увеличилась до 30,8 см/сек. (рис. 4в).

Таким образом, ультразвуковая диагностика, проведенная в различные сроки после ОИП, позволяет дать ответ на вопрос: какие изменения происходят в пещеристой ткани в зоне эндопротеза, а также проксимальнее и дистальнее его? Наши исследования показали, что пещеристая ткань сохраняет свою эхоструктуру. Эректильная площадь при введении вазоактивного препарата увеличивается в пределах нормальных значений, сохраняются кавернозные артерии и кровотоки в них.

Поступила 10.10.06 г.

ЛИТЕРАТУРА

1. Руководство по урологии / Под редакцией Н. А. Лопаткина. М.: Медицина. 1998. Т. 3. С. 630–634.
2. Тиктинский О. Л., Новиков И. Ф., Михайличенко В. В. Заболевания половых органов у мужчин. Л.: Медицина. 1985. С. 275.
3. Юнда И. Ф. Болезни мужских половых органов. Киев: Здоровье. 1989. С. 199.
4. Мазо Е. Б., Зубарев А. Р., Жуков О. Б. Ультразвуковая диагностика васкулогенной эректильной дисфункции. М.: Медицина. 2003. С. 112.
5. Зубарев М. Д., Митькова М. Д., Корякин М. В., Митьков В. В. Ультразвуковая диагностика заболеваний наружных половых органов у мужчин. М.: «Видар», 1999. С. 94.
6. Зубарев А. Р., Корякин М. В. Ультразвуковая диагностика венозной и корковоенозной недостаточности полового члена // Ультразвуковая диагностика. 2000. № 2. С. 56–61.
7. Живов А. В., Плеханов А. Ю. Кавернозный фиброз и эректильная дисфункция: растущая проблема для урологов и пути ее решения // Андрология и генитальная хирургия. 2004. № 4. С. 36–40.
8. Таруашвили И. Г., Пенжоян А. Г., Таруашвили Г. И., Данелян С. Ш., Симоненко Е. В., Голохваст С. А., Пороженко В. Е. Ограниченное интракавернозное протезирование при болезни Пейрони III–IV стадии // Успехи современного естествознания. 2005. № 10. С. 259–262.

**G. I. TARUASHVILI,
V. N. KOCHOV, I. G. TARUASHVILI,
E. A. KISELJOV, S. A. GOLOKHVAST,
A. V. MOROZOV, S. A. CHILOV**

ULTRASONIC DIAGNOSTICS BY PEYRONY'S DISEASE BEFORE AND AFTER THE OPERATION

The article defines the possibilities of ultrasonic diagnostics by making apparent of pathological changes, typical for Peyroni disease.

The ultrasonic examination methods are brought before the operation of limited intracavernous prosthesis.

After the operation the ultrasonic examination can appraise the operation the ultrasonic examination can appraise the state of cavernous tissue and its bloodbleeding on the side of endoprosthesis implantation.