



(19) **KG** (11) **1902** (13) **C1**  
(51) **A61B 17/00** (2016.01)

ГОСУДАРСТВЕННАЯ СЛУЖБА ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ СОБСТВЕННОСТИ И  
ИННОВАЦИЙ ПРИ ПРАВИТЕЛЬСТВЕ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

**(12) ОПИСАНИЕ ИЗОБРЕТЕНИЯ к патенту Кыргызской Республики под ответственность заявителя (владельца)**

(21) 20160018.1

(22) 10.03.2016

(46) 31.10.2016, Бюл. № 10

(76) Усупбаев А. Ч.; Ботобаев А. А.; Кузебаев Р. Е. (KG)

(56) Хинман Ф. Оперативная урология. Атлас / под. ред. д.м.н., проф. Ю. Г. Аляева. - М.: «ГЭО-ТАР-МЕД», 2001. - С. 217

**(54) Способ хирургического лечения болезни Пейрони**

(57) Изобретение относится к медицине, а именно к андрологии, и может быть использовано при лечении болезни Пейрони для устранения деформации полового члена и восстановления эректильной функции.

Задачей изобретения является разработка надежного способа выпрямления полового члена при болезни Пейрони для восстановления эректильной функции.

Поставленная задача решается в способе хирургического лечения болезни Пейрони включающем циркумцизию, рассечение фиброзной бляшки белочной оболочки кавернозных тел, где иссекают бляшку, производят забор лоскута из белочной оболочки кавернозных тел с противоположной стороны места иссечения бляшки, затем лоскут фиксируют непрерывным погружающимся швом с помощью шовного материала Gore-tex (3-0) к краям дефекта белочной оболочки кавернозных тел.

Преимуществами данного способа лечения болезни Пейрони являются: полное удаление индурационной бляшки; быстрая реваскуляризация лоскута; отсутствие бактериальной абсцессии и гнойных осложнений; минимальное укорочение полового члена.

1 н. п. ф., 1 пр., 2 фиг.

Изобретение относится к медицине, а именно к андрологии, и может быть использовано при лечении болезни Пейрони для устранения деформации полового члена и восстановления эректильной функции.

Болезнь Пейрони - это идиопатический локальный фиброз, развивающийся на белочной оболочке полового члена, который в дальнейшем приводит к искривлению полового члена и сексуальной дисфункции. История хирургического лечения болезни Пейрони насчитывает более 200 лет, развиваясь поэтапно от простого иссечения фиброзной бляшки, широко использовавшегося в 19 веке, до сложных лоскутных корпоропластических операций. Оптимальный материал для трансплантата является предметом спора многих специалистов и сегодня. Важно, чтобы выбранный для замещения материал был максимально приближен к белочной оболочке полового члена по биофизическим, анатомическим и клиническим характеристикам. Идеальный материал для закрытия дефектов белочной оболочки должен быть доступным, дешевым, пластичным, простым в использовании, биосовместимым, способным закрывать дефекты любой конфигурации, прочным, легко моделируемым.

Известны следующие способы лечения болезни Пейрони.

Операция Несбита, при котором на выпуклой стороне полового члена выполняется эллипсоидный разрез белочной оболочки от 0,5 до 1,0 см в ширину и в половину окружности полового члена, после чего рана зашивается не рассасывающимся шовным материалом (Манагадзе

Л. Г., Лопаткин Н. А., Лоран О. Б., Пушкарь Д. Ю. и др. Оперативная урология классика и новации - М., «Медицина», 2003. - С. 408-409).

Специфическим осложнением после операции Несбита является укорочение полового члена, наблюдаемое в 100 % случаев.

Devin C. J. опубликовали результаты операции с использованием кожного лоскута, взятым из подвздошного гребня; успех вмешательства составил 70 %. При использовании кожного трансплантата могут развиваться осложнения, такие как эректильная дисфункция, укорочение полового члена; результаты использования кожного лоскута связаны с быстрой потерей формы и сокращением лоскута из-за наличия в нем кожных пор и с длительной реваскуляризацией, а также с высокой послеоперационной фиброзной реактивностью и связанным с этим фиброзом прилежащей кавернозной ткани, что приводит к большей эректильной дисфункции. (Хинман Ф. Оперативная урология. Атлас / под. ред. д.м.н., проф. Ю. Г. Аляева. - М.: «ГЭОТАР-МЕД», 2001. - С. 217).

Высокая бактериальная обсемененность кожного трансплантата приводит к увеличению гнойных осложнений и повторных операций, особенно при одновременном протезировании полового члена.

Суть метода венозной корпоропластики, предложенной Т. F. Lue, состоит в выделении фиброзной бляшки, выполнении над ней разреза с максимальным расширением краев раны и закрытием дефекта сегментом вены (заранее взятым из подкожной вены нижней конечности) с эндотелием, обращенным к раневой поверхности. Затем края раны сопоставляют и фиксируют непрерывным обвивным швом (Хинман Ф. Оперативная урология. Атлас / под. ред. д.м.н., проф. Ю. Г. Аляева. - М.: «ГЭОТАР-МЕД», 2001. - С. 217).

Задачей изобретения является разработка надежного способа выпрямления полового члена при болезни Пейрони для восстановления эректильной функции.

Поставленная задача решается в способе хирургического лечения болезни Пейрони, включающем циркумцизию, рассечение фиброзной бляшки белочной оболочки кавернозных тел, где иссекают бляшку, производят забор лоскута из белочной оболочки кавернозных тел с противоположной стороны места иссечения бляшки, затем лоскут фиксируют непрерывным погружающимся швом с помощью шовного материала Gore-tex (3-0) к краям дефекта белочной оболочки кавернозных тел.

Способ поясняется фигурами 1-2, где 1 - бляшка; 2 - иссеченный лоскут; 3 - половой член; 4 - самопогружающийся шов; 5 - узловый шов.

Способ осуществляется следующим образом.

После обработки операционного поля под спинномозговой анестезией производят по краю венечной борозды циркумцизию, далее кожу мобилизуя, отодвигают проксимально, скелетируя ствол полового пениса 3, обеспечивается доступ к белочной оболочке полового члена 3. На корень пениса накладывают турникет, далее вводят в кавернозные тела физиологический раствор, для создания искусственной эрекции и определяют степень искривления пениса. Далее путем пальпации определяют границы фиброзной бляшки 1, затем с противоположной стороны полового члена 3 производят забор лоскута 2 из белочной оболочки, дефект в белочной оболочке ушивается узловым швом 5 с помощью шовного материала Gore-tex (3-0). Далее производят иссечение бляшки 1 и приготовленный лоскут 2 фиксируют непрерывным погружающимся швом 4 к краям дефекта белочной оболочки кавернозных тел этим же шовным материалом. Затем производят послойное ушивание раны.

Пример. Больной Э., 20.02.1965 г. р., находился на стационарном лечении в отделении урологии с диагнозом болезнь Пейрони.

Больной поступил с жалобами на боковое искривление полового члена вправо и болезненные эрекции.

Анамнез заболевания: со слов больного больным себя считает в течение одного года, когда начали беспокоить вышеперечисленные жалобы. Травмы и воспалительные заболевания полового члена пациент отрицает.

Локальный статус: половой член во время эрекции искривлен в правый бок, степень искривления 40 градусов. При пальпации полового члена в правой боковой поверхности в средней трети пениса определяется фиброзная бляшка размером около 1 см.

В отделении больного был обследован. Общий анализ крови, общий анализ мочи, почечные тесты, печеночные тесты, сахар крови, свертывающая система крови, RW-крови, ЭКГ, Р-графия органов грудной клетки в норме.

Провели УЗИ: почек, мочевого пузыря и органов малого таза. Заключение без особенностей.

УЗИ полового члена: в правой боковой поверхности в средней трети пениса определяется фиброзная бляшка размером один сантиметр. Заключение: болезнь Пейрони.

Больному в отделении был выставлен клинический диагноз болезнь Пейрони (боковое искривление полового члена).

Пациенту произвели операцию по выпрямлению полового члена по вышеуказанному способу с иссечением фиброзной бляшки и закрытием дефекта белочной оболочки лоскутом из белочной оболочки противоположной стороны.

После обработки операционного поля под спинномозговой анестезией по краю венечной борозды произвели циркумцизию, далее кожу мобилизуя, отодвигали проксимально, скелетируя ствол пениса, обеспечили доступ к белочной оболочке кавернозных тел полового члена. На корень пениса наложили турникет и создали искусственную эрекцию путем введения в кавернозные тела физиологического раствора. Затем определили степень искривления пениса и границы фиброзной бляшки. Далее произвели иссечение бляшки, затем в противоположной стороне полового члена произвели забор лоскута из белочной оболочки овальной формы, дефект в белочной оболочке ушили узловым погружающимся швом Gore-tex (3-0). Далее приготовленный лоскут фиксировали непрерывным погружающимся швом к краям дефекта белочной оболочки кавернозных тел Gore-tex (3-0). Операцию закончили послойным ушиванием раны. Нанесли асептическую повязку.

По предложенному способу было пролечено 20 больных.

В послеоперационном периоде осложнений не наблюдалась.

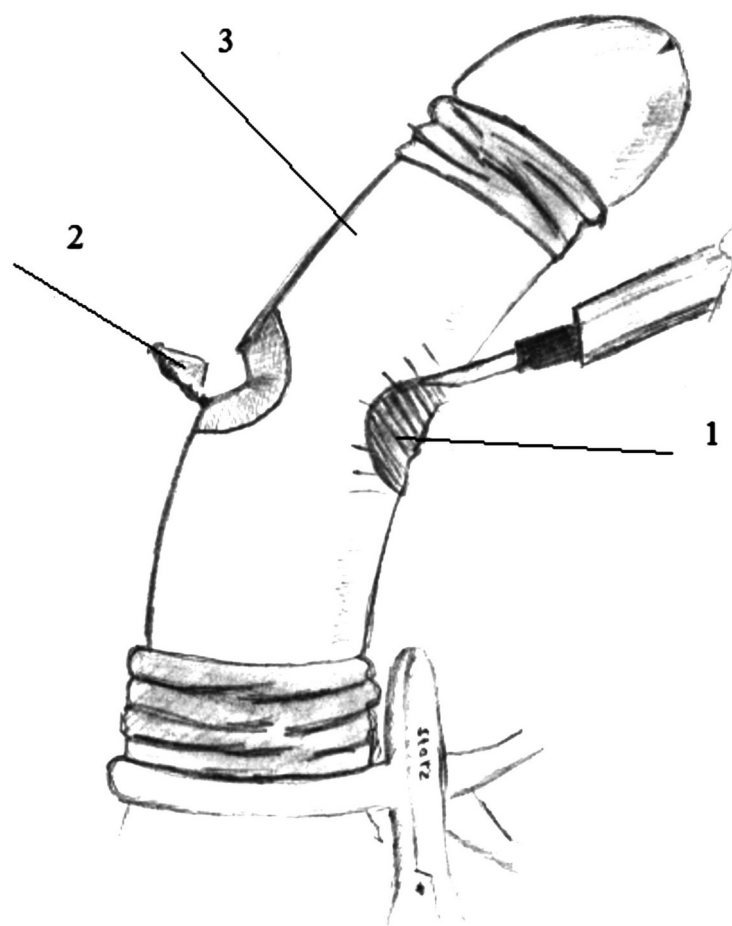
Данный способ способствует эффективному выпрямлению полового члена и восстановлению эректильной функции, также пациенты не пальпируют шовный материал Gore-tex и не чувствуют его во время коитуса.

Преимуществами данного способа лечения болезни Пейрони являются: полное удаление индурационной бляшки; быстрая реваскуляризация лоскута; отсутствие бактериальной абсепсии и гнойных осложнений; минимальное укорочение полового члена, улучшение качества жизни пациентов.

#### **Формула изобретения**

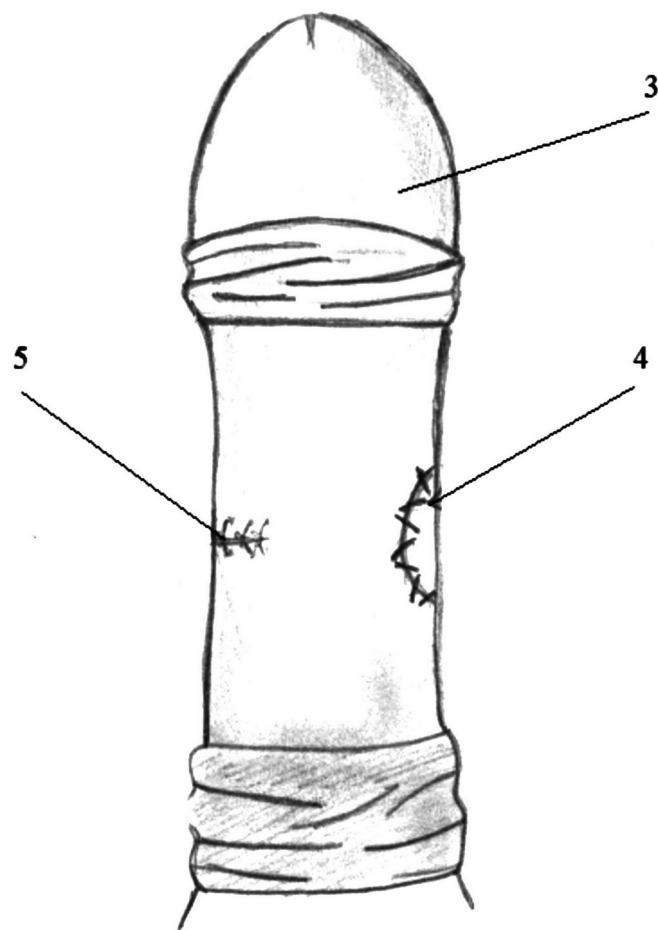
Способ хирургического лечения болезни Пейрони, включающий циркумцизию, рассечение фиброзной бляшки белочной оболочки кавернозных тел, отличающийся тем, что иссекают бляшку, производят забор лоскута из белочной оболочки кавернозных тел с противоположной стороны места иссечения бляшки, затем лоскут фиксируют непрерывным погружающимся швом с помощью шовного материала Gore-tex (3-0) к краям дефекта белочной оболочки кавернозных тел.

Способ хирургического лечения болезни Пейрони



Фиг. 1

Способ хирургического лечения болезни Пейрони



Фиг. 2

Выпущено отделом подготовки материалов

Государственная служба интеллектуальной собственности и инноваций при Правительстве Кыргызской Республики,  
720021, г. Бишкек, ул. Московская, 62, тел.: (312) 68 08 19, 68 16 41; факс: (312) 68 17 03