

Неймарк Б. А.¹⁾, Бесклубова Е. В.²⁾, Астахов Ю. И.³⁾

1) Алтайский Государственный медицинский университет..

2) Отделенческая клиническая больница на ст. Барнаул,

3) Краевое государственное учреждение здравоохранения «Алтайский диагностический центр», г. Барнаул.

Введение. Болезнь Пейрони (БП), или фибропластическая индурация полового члена (ПЧ), характеризуется формированием фиброзных бляшек в белочной оболочке ПЧ. БП чаще встречается у мужчин в возрасте 40-60 лет. Существующие способы консервативного и хирургического лечения БП требуют точной локализации бляшек Пейрони, характеристики их структуры, состояния окружающих тканей.

Материалы и методы исследования. Всего было обследовано 29 пациентов в возрасте от 22 до 69 лет ($50,0 \pm 11,0$). Основанием для направления на ультразвуковое исследование (УЗИ) являлись жалобы пациентов на наличие пальпируемого уплотнения в ПЧ, боли и деформацию при эрекции, нарушение эректильной функции. Сроки обращения от начала заболевания составили от 1 до 72 месяцев ($11,5 \pm 13,7$). УЗИ проводилось на ультразвуковом сканере Philips «En Visor C», оснащенном мультимастотным линейным датчиком с частотой 7-12 МГц. Всем пациентам было проведено УЗИ ПЧ в фазу релаксации, из них 16 пациентам - на фоне фармакоиндуцированной эрекции (каверджет, 10 мкг).

Результаты. При УЗИ в фазу релаксации характер изменения белочной оболочки варьировал от локального утолщения с повышением ее эхогенности у 4 (13,8 %) пациентов до визуализации четко отграниченных бляшек Пейрони у 25 (86,2%) пациентов, размер которых составил от 1 до 25 мм ($7,44 \pm 6,22$). Однородность эхоструктуры и равномерное повышение эхогенности бляшек у 11 (44%) человек позволили думать о фиброзном характере их строения, у 8 (32%) пациентов лоцировались гиперэхогенные бляшки с акустической дорожкой разной степени выраженности – кальцинированные бляшки, и, наоборот, у 6 (24%) пациентов – как те, так и другие. Единичные бляшки были выявлены у 17 (58,6%) человек, две – у 3 (10,3 %), множественные – у 9 (31,0%). По локализации патологических изменений большая часть приходилась на среднюю треть ПЧ – в 13 (44,8%) случаях, в проксимальной трети (у корня) – в 5 (17,2%), в дистальной трети (ближе к головке) – в 9 (31,0%), у 2 (6,9%) пациентов бляшки носили распространенный характер. У 12 (41,4%) пациентов бляшки лоцировались по дорсальной поверхности, у 8 (27,6%) – по межкавернозной перегородке, у 3 (10,3%) – по дорсальной поверхности с распространением на межкавернозную перегородку, у 2 (8,7%) – в дистальном отделе (у головки) кавернозных тел, у 4 (13,8%) пациентов лоцировались полуциркулярные и циркулярные бляшки. После проведения фармакологической пробы 16 (55,2%) пациентам, у 14 (87,5%) из них была выявлена эректильная деформация ПЧ (из них у 3 (21,4%) – дорсальная, у 2 (14,3%) – вентральная, у 3 (21,4%) – дорсолатеральная правая, у 1 (7,1%) – дорсолатеральная левая, у 2 (14,3%) – латеральная правая, у 3 (21,4%) – латеральная левая). У 6 (42,9%) человек угол деформации составил менее 30°, у 7 (50,0%) человек – от 30° до 60°, у 1 (7,1%) – больше 60° градусов с невозможностью половой жизни. Ультразвуковые признаки эректильной дисфункции были выявлены у 11 (68,8%) из 16 человек, причем у 7 (63,6%) пациентов эти признаки относились к венокорпоральной форме, у 4 (36,7%) пациентов имелись признаки артерио-венозной формы эректильной дисфункции.

Выводы. 1. Метод УЗИ позволяет достаточно четко выявить патологические изменения при болезни Пейрони: локализацию, протяженность, эхоструктуру бляшек Пейрони, состояние периваскулярных тканей. 2. Информативность метода повышается при исследовании на фоне фармакологически индуцированной эрекции: выявление эректильной деформации и признаков эректильной дисфункции. 3. На основании полученных результатов определена тактика дальнейшего лечения пациентов с болезнью Пейрони. Пациентам с