

30 баллов. У 4 пациентов уровень баллов составлял 20-24 баллов, что расценено нами как легкая степень эректильной дисфункции. В то же время при детальном сборе анамнеза 5 мужчин отметили нарушения интромиссии, по причине значительной эректильной деформации, что привело к затруднениям в половой жизни.

Эффективность оперативного лечения оценивали по следующим критериям: изменение угла эректильной деформации, размеров бляшки, уровня сексуальной адаптированности, укорочение полового члена. Поэтому все пациенты разделены по вышеуказанным критериям (таблица 1).

Таблица 1. Распределение пациентов в зависимости от исходных параметров

Параметр	Количество пациентов
Угол эректильной деформации	
от 30° до 45°	5
от 45° до 60°	4
более 60°	3
Размер бляшки	
до 1 см	5
от 1 см до 2 см	5
более 2 см	2
Уровень сексуальной адаптированности	
не нарушена	7
затруднена	5

Оперативное лечение болезни Пейрони с применением гольмиевого лазера выполняется под наркозом в положении пациента лежа на спине; производится циркулярный разрез кожи, отступя 1 см от *corona glancis*, который углубляется до поверхностной фасции; после чего кожа оттягивается к корню полового члена. Над пальпируемой бляшкой выполняется разрез фасции Бука до белочной оболочки. Бляшка тщательно пальпируется для точного определения границ, после чего над бляшкой рассекается белочная оболочка и при возможности осторожно отделяется от подлежащей бляшки. Поскольку фиброзная бляшка интимно прилегает к кавернозному телу, радикальное удаление бляшки без повреждения кавернозных тел технически, не представляется возможным, поэтому для предупреждения эректильной дисфункции предпочтительней оставление грубой фиброзной ткани. Последняя подвергается лазерной абляции посредством гольмиевого лазера фирмы *Dornier* с энергией 1500 кДж и частотой 10 Гц, общая энергия воздействия 15 Вт. При этом микроскопически отмечается тотальное разрушение ткани с очагами некроза. При необходимости выполняется лазерная абляция грубой фиброзной ткани оставшейся на внутренней поверхности белочной оболочки, - последняя также становится более эластичной. На края белочной оболочки накладываются отдельные узловые швы медленно рассасывающимся атравматическим шовным материалом типа полидиаксонон 3/0. Дефект фасции Бука и кожи закрывается кетгутом. В послеоперационном периоде всем пациентам рекомендуется воздержаться от половых контактов на протяжении 3-4 недель.

Результаты и обсуждение. После выполнения хирургического лечения все пациенты подвергались контрольному исследованию для выяснения уровня вышеуказанных показателей с целью определения результативности операции. Результаты обследования показали следующую динамику изменения критериев эффективности оперативного лечения.