

У всех больных зафиксировано уменьшение угла искривления полового члена. Однако степень уменьшения данного параметра была неоднозначна. Так у больных с углом искривления полового члена от 30° до 45° наблюдалось уменьшение эректильной деформации на 91%-95%. При искривлении ПЧ от 45° до 60° изменение угла эректильной деформации составило 76%-89%. Если изначальный угол эректильной деформации составлял более 60° то искривление изменялось на 63%-72%

Однако в период послеоперационного наблюдения у некоторых пациентов отмечалось различной степени увеличение эректильной деформации. Так при дооперационном искривлении ПЧ от 30° до 45° у 4 больных (33,3%) угол эректильной деформации не изменялся и только у 1 (8,3%) больного угол эректильной деформации увеличился на 8%. При изначальном искривлении ПЧ от 45° до 60° в 3 (25%) случаях угол деформации увеличился в среднем на 19% и при искривлении ПЧ более 60° у 2 (16,7%) больных угол искривления ПЧ увеличился в среднем на 27%.

Размеры бляшки изменялись у всех пациентов, но в различной степени. При дооперационном размере бляшки до 1 см у 4 (25%) больных отмечалось уменьшение размеров бляшки на 89%-93% и в 1 случае (8,3%) зафиксировано отсутствие бляшки. При размерах бляшки до операции в пределах от 1 см до 2 см уменьшение их параметров происходило на 74%-83%. Если размеры бляшки были более 2 см, то уменьшение их размеров наблюдалось на 63%-72%. В период послеоперационного наблюдения размеры бляшек у большей части пациентов (83,3%) не изменялись. В 2 случаях (16,7%) у мужчин с изначальным размером бляшек более 2 см отмечалось умеренное их увеличение на 18% и 26%.

Среди 12 оперированных нами пациентов укорочения ПЧ или ухудшения эректильной функции ни в одном случае не наблюдалось.

Из 5 мужчин (41,7%), отмечавших затруднения интроемиссии, 3 (25%) наблюдали улучшение сексуальной адаптированности, 2 больных (16,7%) подобных изменений не испытывали.

Для нас также было важным удовлетворенность результатами хирургического лечения самого пациента. Как показал опрос, эффектом операции были удовлетворены 10 (83,3%) мужчин и 2 (16,7%) пациента остались не удовлетворены результатом лечения. Последние 2 больных имели дооперационный угол эректильной деформации более 60° . 10 мужчин (83,3%) продолжили половую жизнь в среднем через 20-30 дней после операции.

Улучшение сексуальной адаптированности, по нашему мнению, связано с повышением эластичности белочной оболочки, уменьшением эректильной деформации ПЧ, нормализацией психического состояния пациентов.

Выводы. Как видно из данных проведенного исследования, результаты операции неоднозначны. По нашему мнению, важным условием успеха операции является сохранная эректильная функция. Обнаруженная в исследовании зависимость эффективности способа хирургического лечения от исходных параметров больных показывает необходимость четкого отбора пациентов. Мы считаем данную операцию приоритетной для больных с углом искривления ПЧ от 30° до 45° и размером бляшки до 1 см. Для пациентов с углом искривления ПЧ от 45° до 60° и размером бляшки от 1 см до 2 см указанная операция может быть предложенной. Нецелесообразно выполнение данного способа операции при искривлении ПЧ более 60° и размере бляшки более 2 см.

Таким образом, безусловным преимуществом способа оперативного лечения с применением гольмиевого лазера является повышение эластичности патологического участка белочной оболочки, отсутствие укорочения полового члена, негативного влияния на эректильную функцию. Из положительных моментов данной операции необходимо указать: малотравматичность, отсутствие кровопотери, несложность технического выполнения, что ведет к небольшой продолжительности операции, короткий реабилитационный период.