

Клинический случай. Врожденное искривление полового члена.



Ершов А.В., Мылтыгашев М.П.

НУЗ ДКБ на ст. Красноярск ОАО «РЖД»

Актуальность

Искривление полового члена, как и большинство вопросов интимной жизни – **замалчиваемая проблема**. Испытывая страх перед непониманием со стороны партнерши, мужчина с искривлением члена избегает половой жизни – формируется боязнь полового акта, возникает психогенная эректильная дисфункция.



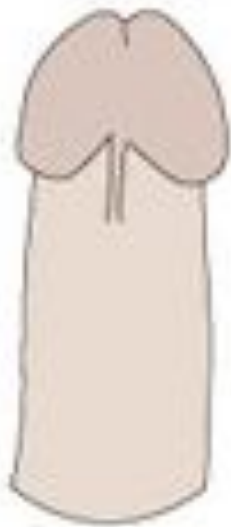
Врожденное искривление полового члена

Деформация полового члена при эрекции, возникающая вследствие диспропорции анатомических структур врожденного генеза.

- При врожденной девиации полового члена пациентов можно разделить на 2 группы:
 - 1) девиация, возникающая в результате врожденных дефектов развития белочной оболочки и кавернозных тел полового члена;
 - 2) девиация, возникшая в результате врожденных дефектов развития спонгиозного тела полового члена и пенильной уретры (хорды при гипоспадии и хорды без гипоспадии).

Врожденное искривление полового члена встречается в 0,4–1 случае на 1000 населения.

Впервые врожденную девиацию полового члена описал в 1842 г. Y. Mettner, он выделил ее как самостоятельное заболевание и предложил методы хирургической коррекции



нормальный



до операции



после операции

Этиология

Дисгормональные нарушения:

- сниженный уровень половых гормонов во внутриутробном периоде,
- нарушение чувствительности тканей к половым гормонам эти явления приводят к нарушению развития половых органов.

Возникает недоразвитие одного из кавернозных тел (диспропорция кавернозных тел), или в одном из кавернозных тел одна из сторон развивается медленнее и становится короче другой.

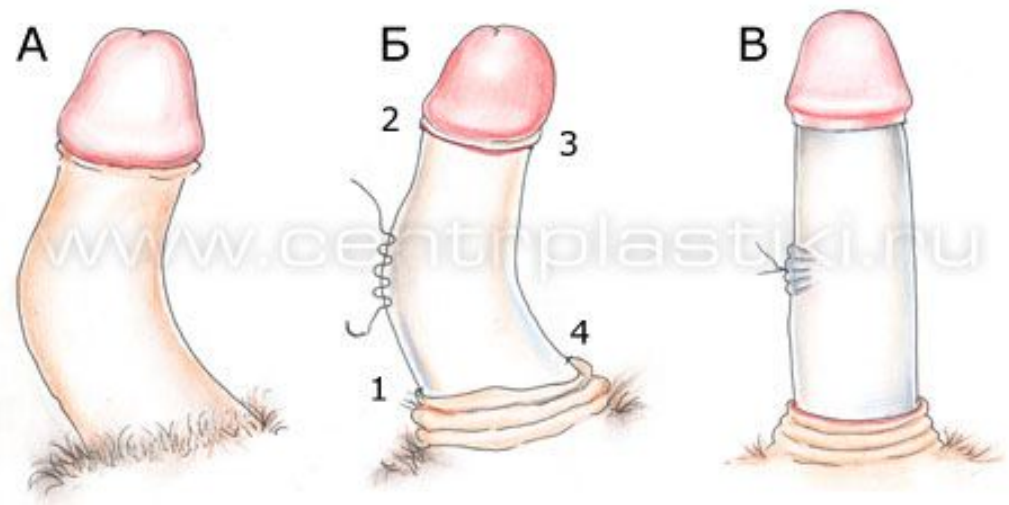
Методы коррекции:

4 вида оперативных вмешательств:

1. Операции типа Щеплева, пликационные методы и их модификации без вскрытия кавернозных тел.

Недостатки:

- необходимо использование нерассасывающегося шовного материала, что может привести к формированию плотных болезненных образований под кожей полового члена;
- возможность развития рецидива при нарушении целостности лигатуры.
- укорочение члена.

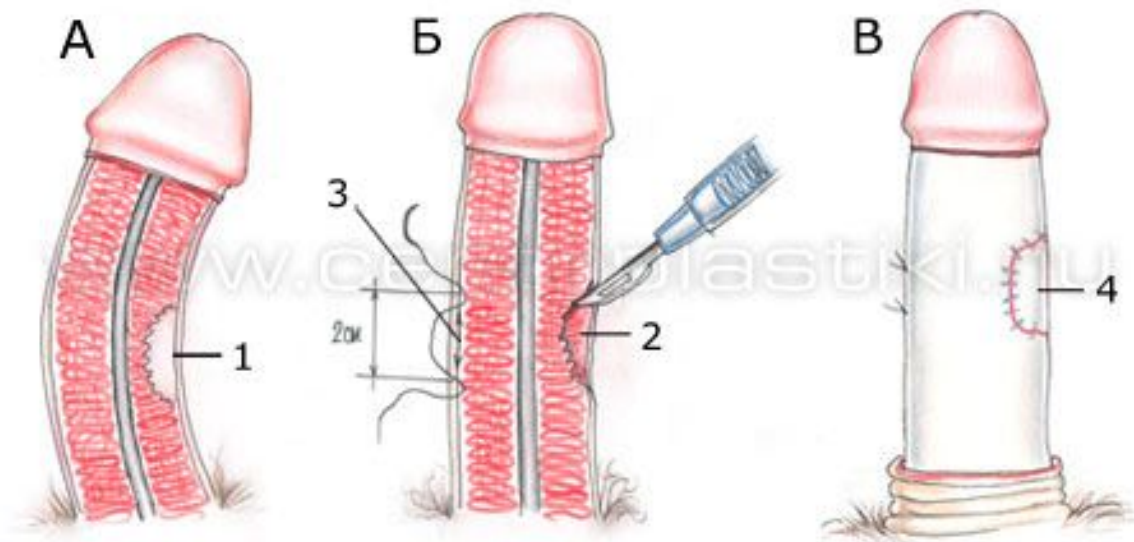


2. Операции типа Несбита.

Резекция сегмента в белочной оболочке с соединением краев дефекта. Чаще применяется при выраженном искривлении, когда без вскрытия и иссечения кавернозной ткани успешно ликвидировать искривление не удастся.

Недостатки:

- кровотечение, возникающее после нарушения целостности белочной оболочки полового члена из кавернозной ткани;
- высокий риск повреждения уретры и нервно-сосудистого пучка и развития кавернита, развитие фиброза в каверноз;



Показания к операции типа Несбита и Щеплева:

- угол искривления не более 45° ;
- деформация без сужения;
- достаточная длина полового члена;
- отсутствие ЭД.

3. Операции типа Несбита + Щеплева.

Эта операция применяется в тех случаях, когда искривление идет в нескольких направлениях и в одном из них имеется очень выраженное искривление.

4. Операции типа Микулича.

Продольное рассечение кавернозного тела и его поперечного ушивания с выпуклой стороны и поперечного рассечения и продольного сшивания с пораженной стороны

Преимущества: не происходит значительного укорочения полового члена.

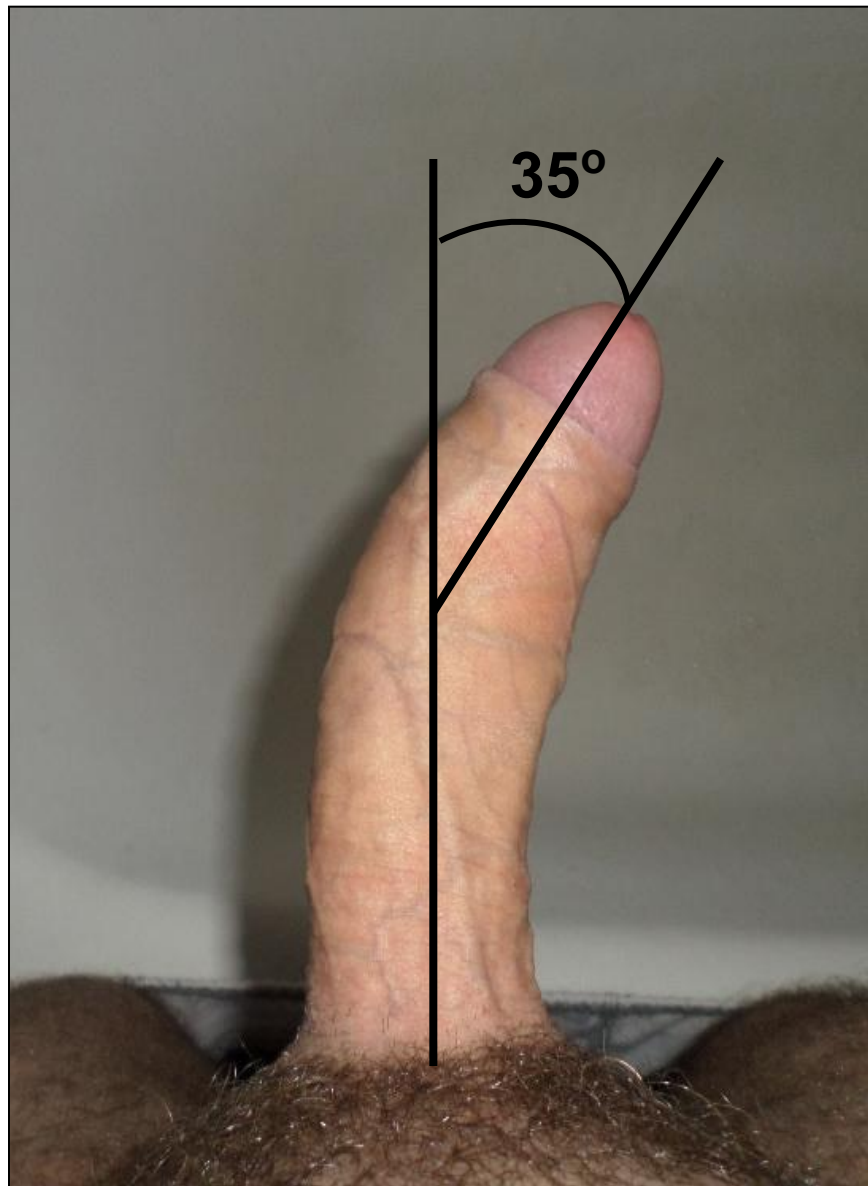
Недостатки: рассечение белочной оболочки полового члена – риск кровотечения.

Клинический пример

Пациент К. 34 года.

- Из анамнеза известно, что с началом полового созревания пациент стал отмечать искривление полового члена во время эрекции вправо и ротацию кнаружи. При осмотре – наружное отверстие уретры расположено типично, данных за наличие хорды и уплотнений по ходу полового члена не выявлено.
- По результатам самофотографирования - градус искривления составляет 35° .
- **Следует отметить**, что при оценке угла искривления допускается угол до 15° в любую сторону. В тех случаях, когда угол искривления превышает 15° , значительно возрастает возможность перелома полового члена.

Самофотографирование



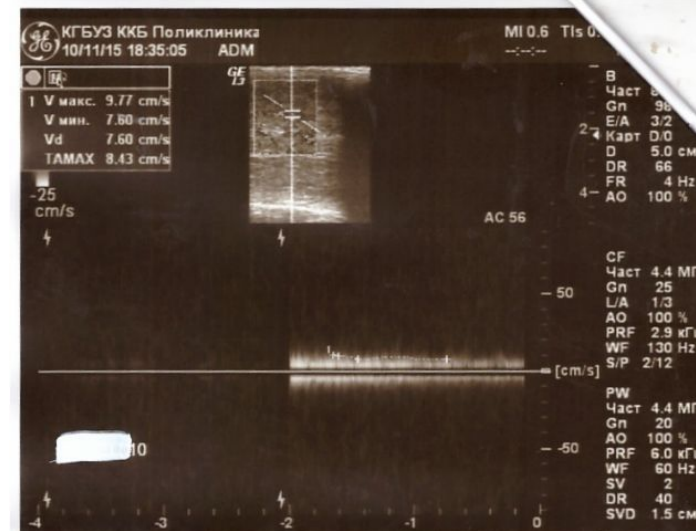
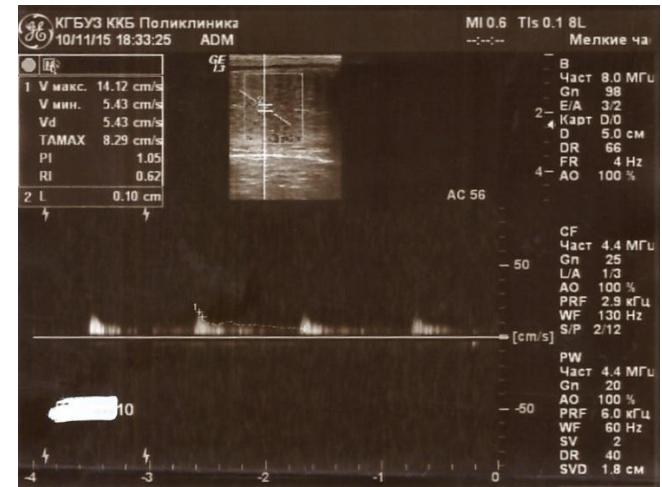
УЗИ:

При ультразвуковом исследовании в состоянии покоя в В-режиме у пациента выявлена **ротация кавернозных тел по оси без нарушения их структуры.**

- Диаметр кавернозных тел значительно **не отличался** на разных уровнях сканирования полового члена: так, в проксимальном отделе полового члена он составил 13 мм с обеих сторон; в средней трети полового члена диаметр составил 11 мм в правом кавернозном теле и 14 мм в левом кавернозном теле; в дистальных отделах кавернозных тел - справа 13 мм, слева 11 мм.

Белочные оболочки прослеживались на всем протяжении, не утолщены, данных за болезнь Пейрони и локальный фиброз не выявлено.

При ультразвуковом исследовании полового члена с интракавернозным фармакотестом (5 мкг «Каверджект») отмечалось снижение гемодинамических показателей в кавернозных артериях во всех фазах исследования.



Интраоперационно



1-е сутки после операции



Спасибо за внимание !