

# Болезнь Пейрони. Расстройство эякуляции.

Подготовил: ст.гр. МЛ – 403 Джабраилов Артур

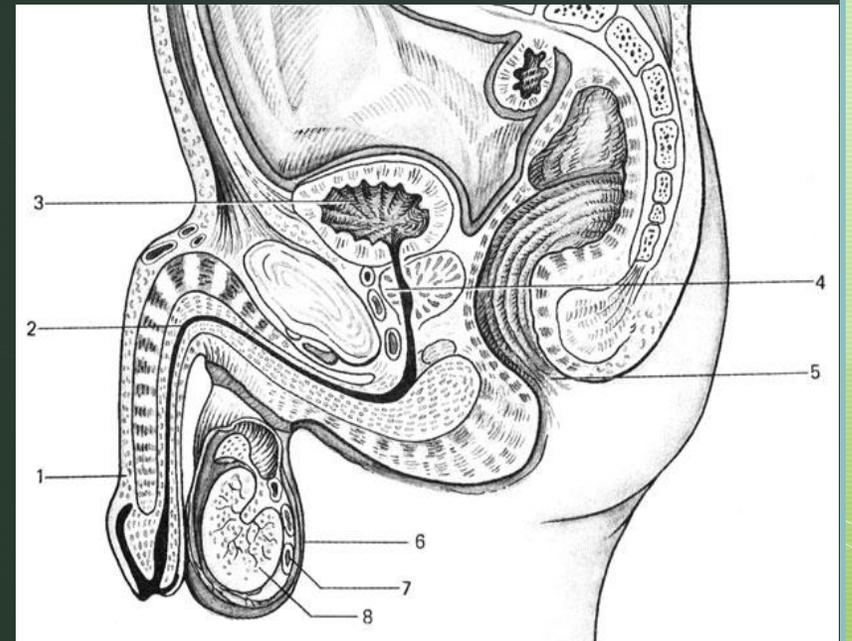
Преподаватель: Епифанова Майя Владимировна

## Краткая анатомия полового члена

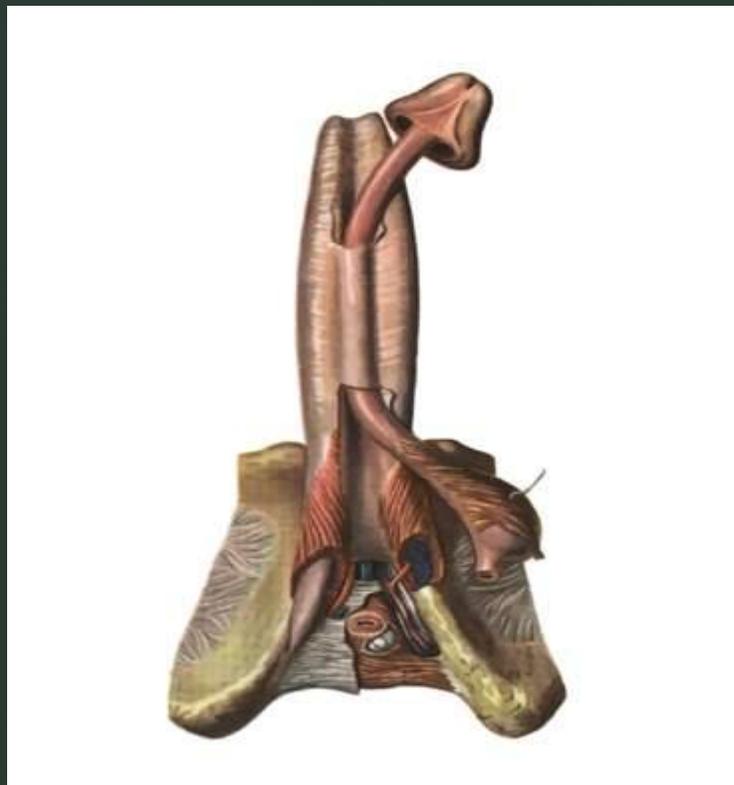
- **Мужской половой член**, или **пéнис** (лат. *pénis*, др.-греч. πέος и φαλλός) — непарный мягкотканевый трубчатый орган, один из наружных половых органов мужчины в составе мужской мочеполовой системы (мочевыделительной и репродуктивной систем).  
Используется организмом для выведения мочи, соития и семяизвержения.

# Строение

- В половом члене различают его корень, или основание (лат. *radix pennis*), тело, или ствол (лат. *corpus pennis*), и головку (лат. *glans pennis*). Ствол полового члена образован тремя продольными анатомическими структурами: двумя способными к кровенаполнению при эрекции пещеристыми телами и расположенным под ними одним губчатым телом, через которое проходит мочеиспускательный канал.



- Снаружи головка полового члена покрыта тонкой, легко сдвигающейся кожей — крайней плотью, переходящей в кожу лобка вверху и в кожу мошонки внизу. На коже нижней поверхности полового члена имеется шов, который сзади продолжается на кожу мошонки и промежности.

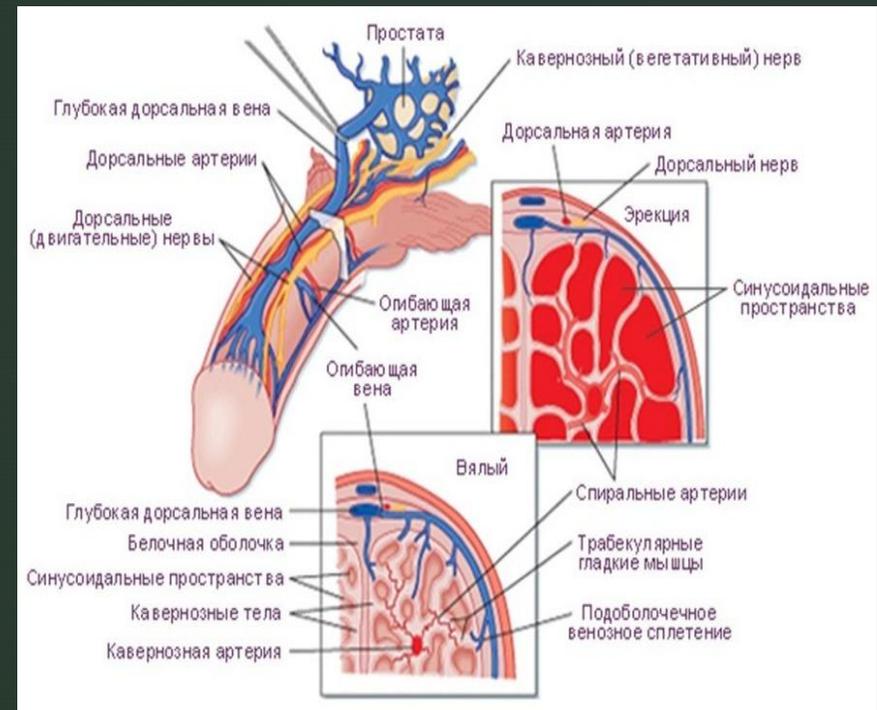
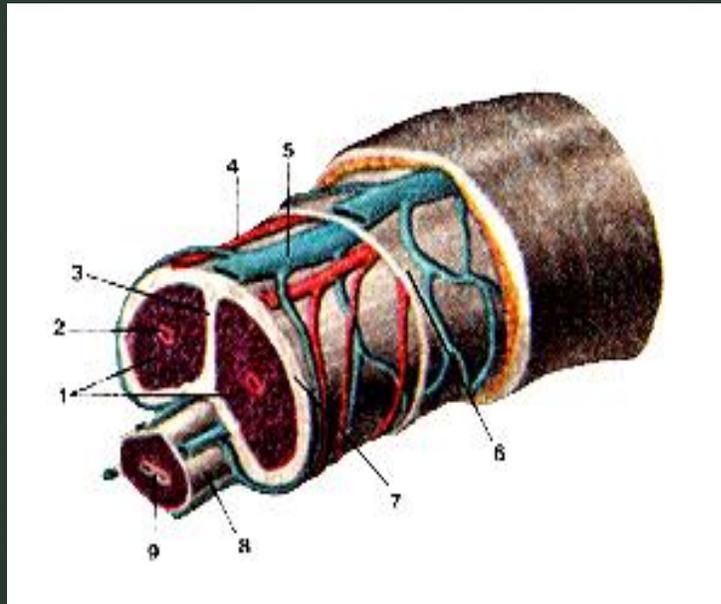


## Кровоснабжение

- Кровоснабжение полового члена осуществляется через глубокую и дорсальную артерии полового члена (aa. profúnda et dorsális pénis), которые являются ветвями внутренней половой артерии (a. pudénda intérna).
- Венозная кровь от полового члена оттекает по глубокой дорсальной вене (v. profúnda dorsális pénis) в пузырьное венозное сплетение (pléxus venósus vesicális) и по глубоким венам полового члена (vv. profúndae pénis) во внутреннюю половую вену (v. intérna pudénda).

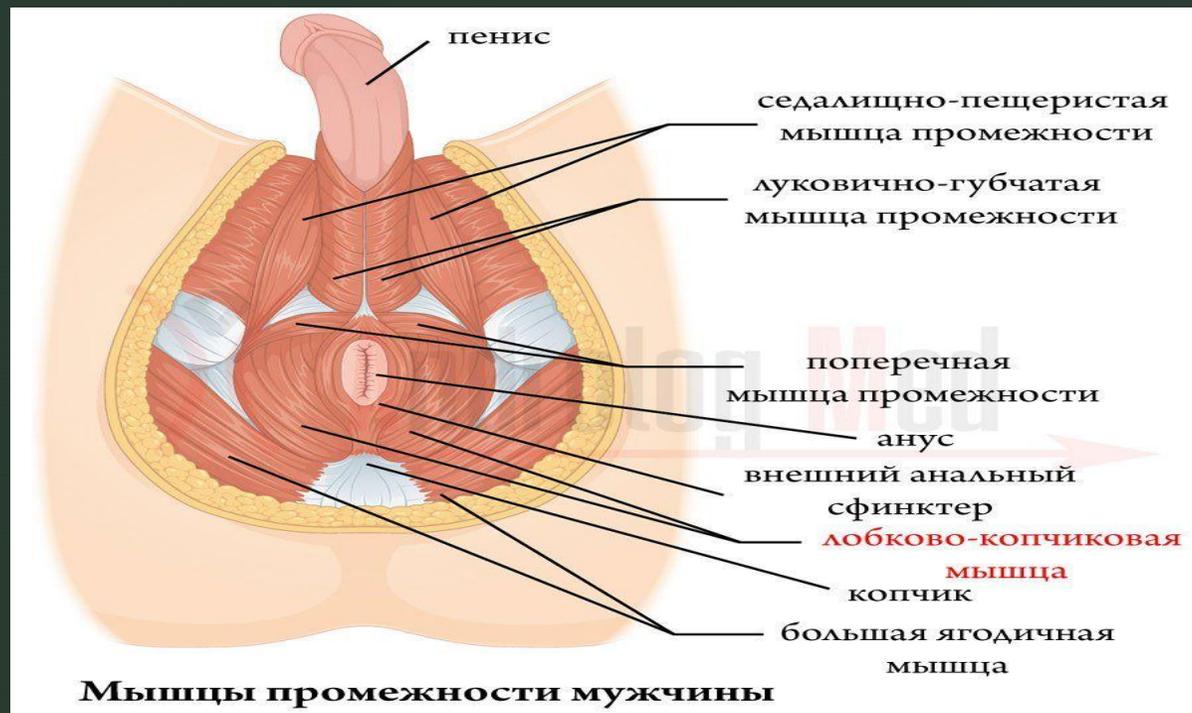
# Иннервация

- Чувствительным нервом является дорсальный нерв полового члена (ветвь срамного нерва — n. pudendus). Симпатические нервы идут из нижних подчревных сплетений, а парасимпатические — из тазовых внутренностных нервов.



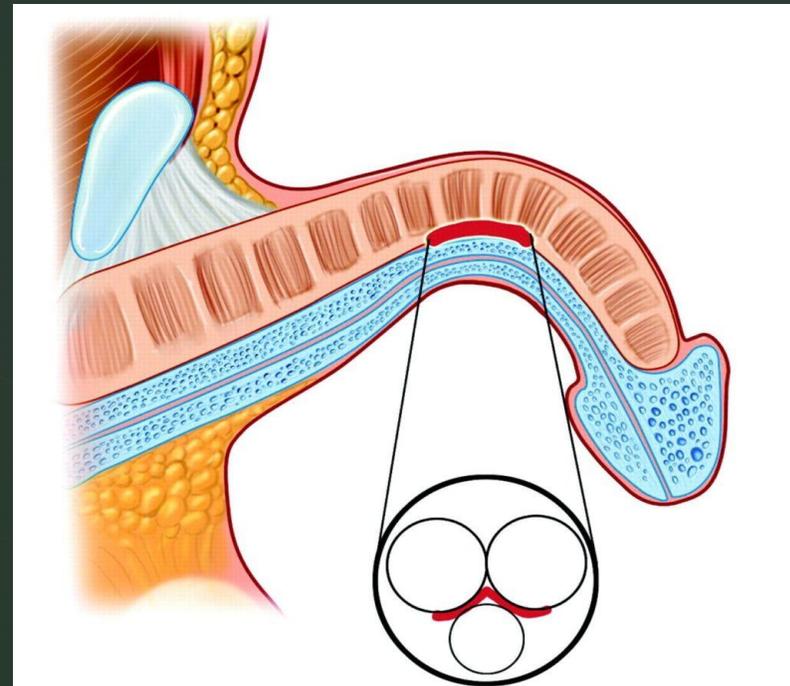
# Мышцы

- луковично-губчатая мышца, *m. bulbospongiosus*, охватывает луковицу и заднюю часть губчатого тела
- седалищно-пещеристая мышца, *m. ischiocavernosus*, парная



# Болезнь Пейрони

- Болезнь Пейрони — заболевание соединительной ткани, характеризующееся образованием фиброзных поражений и/или бляшек в белочной оболочке, которые приводят к эректильной деформации полового члена.



## Эпидемиология

- За последние десятилетия отмечают увеличение заболеваемости болезнью Пейрони.

Распространённость заболевания:

- В мужской популяции колеблется от 0,4 до 9%. Возраст 65% пациентов 40—60 лет.
- У мужчин моложе 20 лет встречается в 0,6—1,5% случаев. Не менее 25% больных болезнью Пейрони имеют эректильную дисфункцию (ЭД).

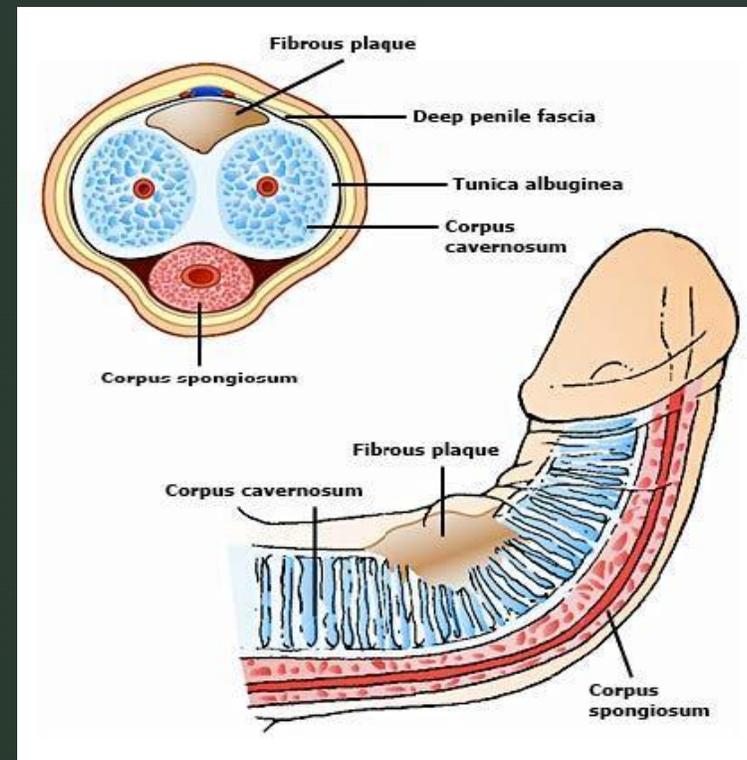
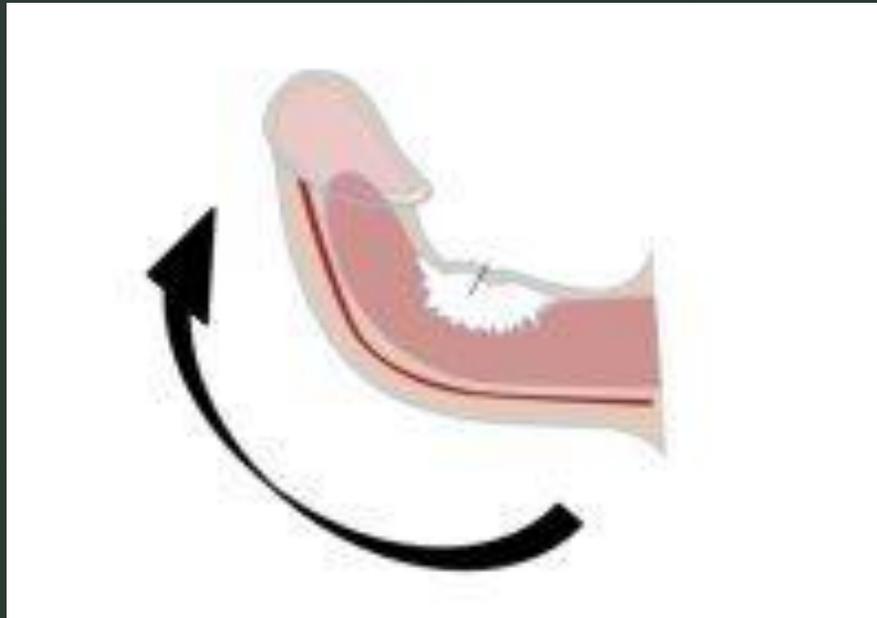


## Этиология и патогенез

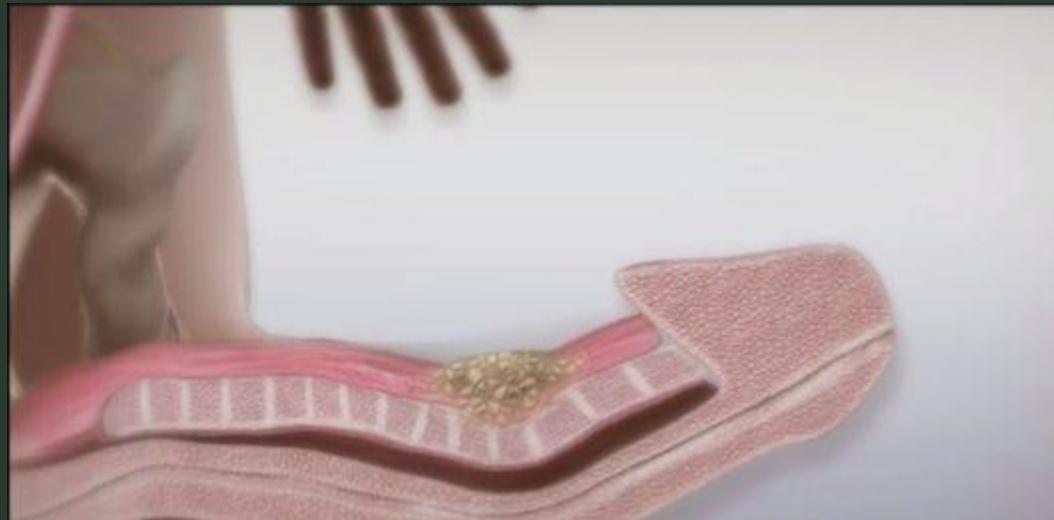
- Этиология болезни Пейрони полностью не изучена. Одна из основных гипотез — повторяющиеся микротравмы белочной оболочки (на уровне микрососудистого русла) на фоне генетической предрасположенности.
- Заболевание начинается с острого воспалительного процесса между слоями белочной оболочки. Увеличивается количество фибробластов, часть из которых дифференцируется в миофибробласты с избыточным отложением коллагена и деградацией эластиновых волокон.



- Длительно протекающий воспалительный процесс приводит к формированию грубой рубцовой ткани и образованию бляшки (бляшек) в толще белочной оболочки.



- В этом месте белочная оболочка теряет свою эластичность, что приводит к искривлению полового члена во время эрекции. Как правило, половой член искривляется в ту сторону, где находится бляшка.
- При значительном градусе искривления введение полового члена во влагалище становится затруднительным или невозможным.



## Факторы риска

- сахарный диабет;
- гипертоническая болезнь;
- нарушения липидного обмена;
- ишемическая кардиопатия;
- эректильная дисфункция;
- курение;
- злоупотребление алкоголем.



## Классификация

В течении болезни Пейрони выделяют две стадии, от которых зависит характер предпринимаемых лечебных мероприятий:

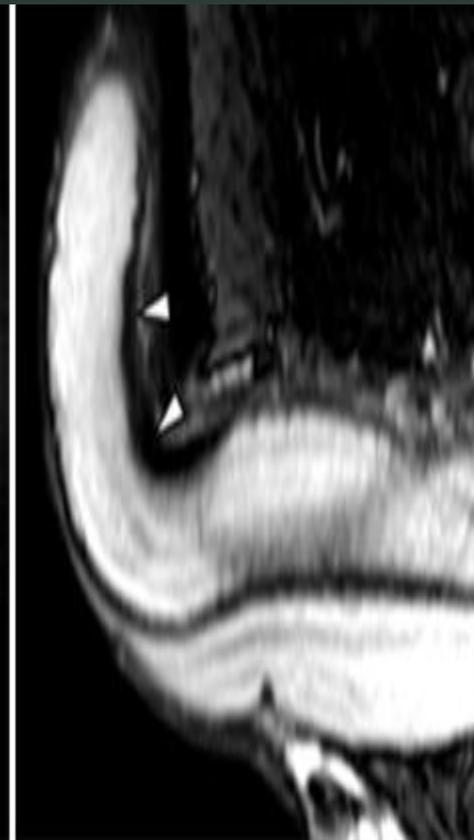
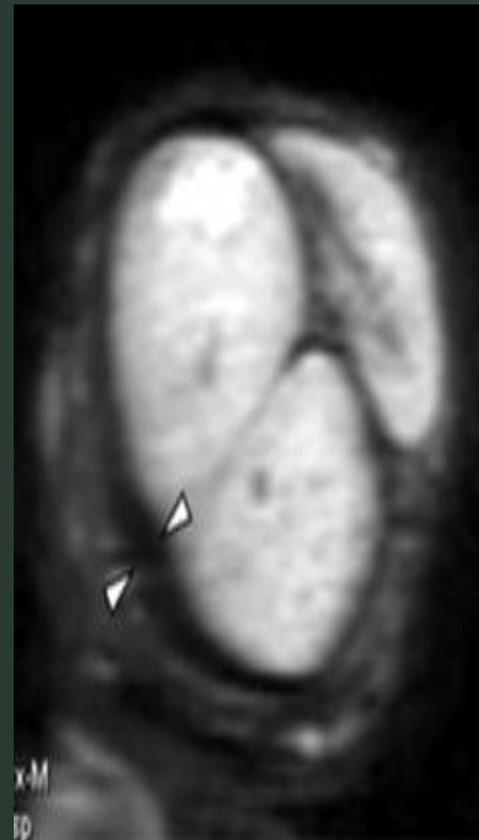
- стадия острого воспаления, которая может протекать с болевыми ощущениями в половом члене, как при эрекции, так и без неё. В этой стадии бляшка мягкая, пациент отмечает эректильную деформацию полового члена;
- стадия стабилизации (организации бляшки), во время которой происходит рубцевание бляшки, а в некоторых случаях и её кальцификация.

- Точно оценить конец воспалительной стадии сложно, однако длительность заболевания больше 1 года и стабильность бляшки в течение 3 мес могут служить ориентиром перехода болезни в стабильную стадию.
- Также встречаются и другие классификации болезни Пейрони.



# Диагностика

- Как правило, для диагностики болезни Пейрони достаточно жалоб пациента и осмотра полового члена.



Основными симптомами болезни следующие:

- наличие бляшки или участка уплотнения на белочной оболочке полового члена, которые выявляются при пальпации полового члена в виде плотных безболезненных узелков или продольной хорды, хрящевидной плотности, чётко отграниченных от окружающих тканей, не смещаемых относительно подлежащих тканей и отмечающихся у всех пациентов, причём в 60% случаев бляшка располагается на дорсальной поверхности полового члена;

- эректильная деформация полового члена (бляшки на вентральной и латеральных поверхностях наблюдаются реже, но они чаще вызывают нарушение эректильной функции, так как быстрее приводят к развитию деформации полового члена);
- у многих пациентов половой член укорачивается;



- в воспалительной стадии заболевания больного может беспокоить боль в половом члене, носящая, как правило, неинтенсивный характер и самостоятельно проходящая в течение 3-6 мес;
- эректильная дисфункция развивается у 25-55% пациентов



## Лабораторные и инструментальные методы диагностики

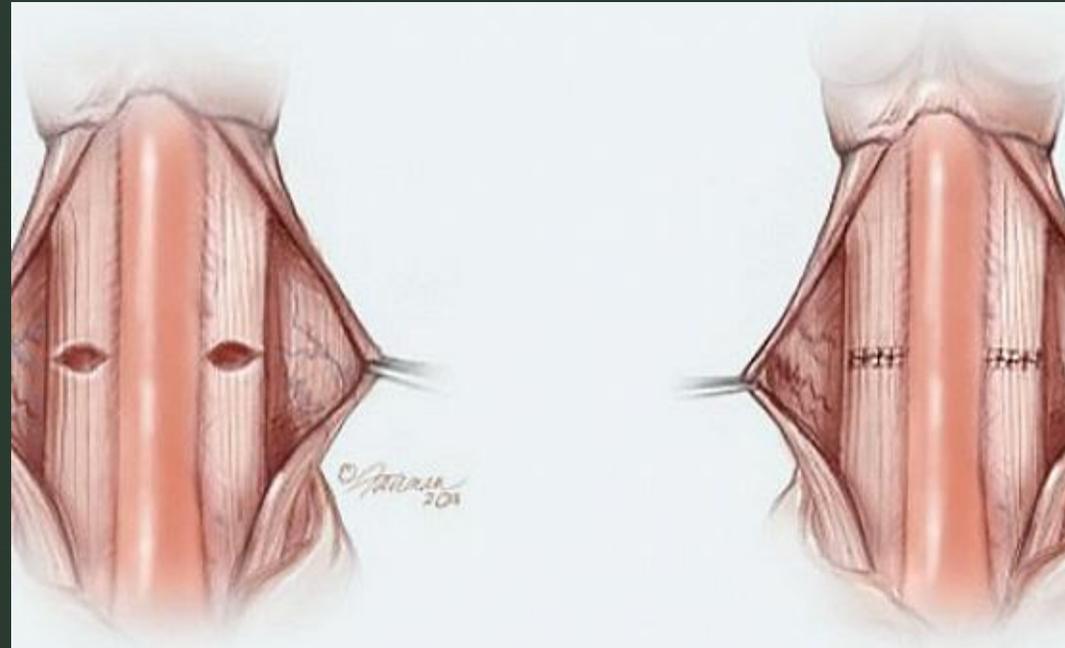
- УЗИ позволяет уточнить локализацию и размеры бляшек, которые выявляются в виде гиперэхогенной структуры, которая при кальцификации даёт чёткую акустическую тень.
- Более точную информацию о локализации, размерах, конфигурации и плотности бляшек можно получить с помощью КТ.

- Если пациент не может точно описать деформацию полового члена, а также перед планированием оперативного вмешательства следует вызвать эрекцию путём интракавернозной инъекции вазоактивного препарата либо с помощью вакуум-эректора.



## Лечение

- Цель лекарственной терапии — остановка воспалительного процесса и максимальное сохранение белочной оболочки.
- Цель оперативного лечения — исправление деформации полового члена.



## ВИДЫ ЛЕЧЕНИЯ

- Немедикаментозная терапия.
- Лекарственная терапия:
  - ◇ пероральная;
  - ◇ инъекционная;
  - ◇ местная.

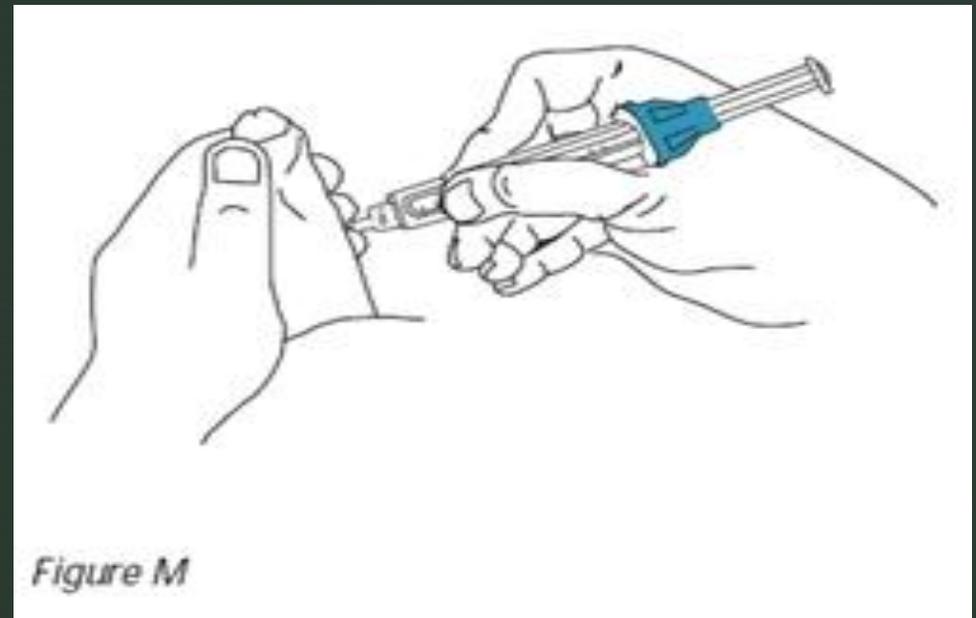
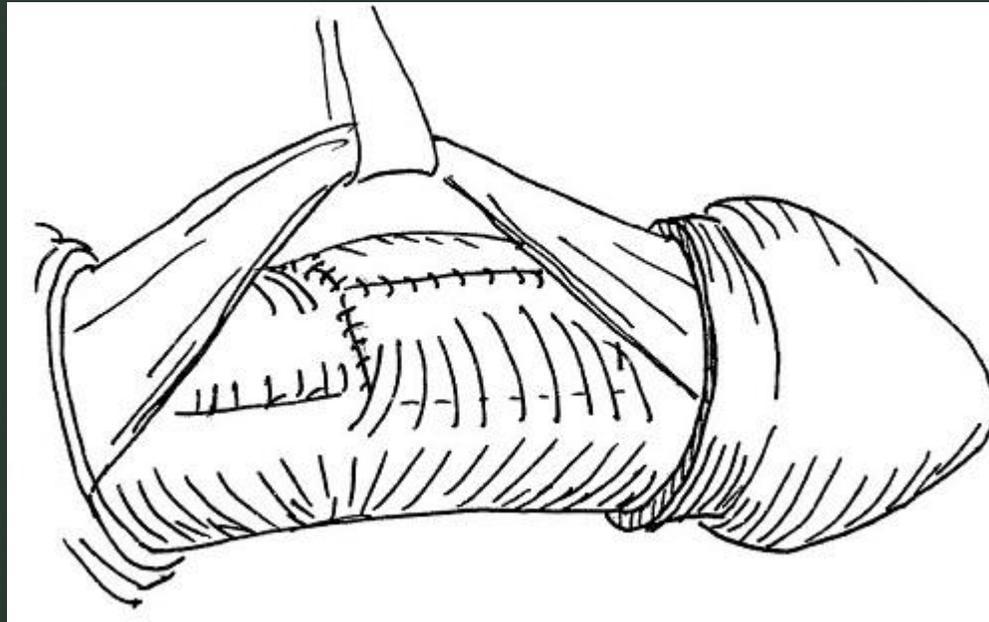


Figure M

- Хирургическое лечение:
  - ◆ методики, укорачивающие половой член: — операция Несбита и её модификации; — пликационные методики;
  - ◆ методики, удлиняющие половой член; ◆ протезирование полового члена.



## НЕМЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ

- Пациенту следует оказать психологическую помощь.

### Лекарственная терапия

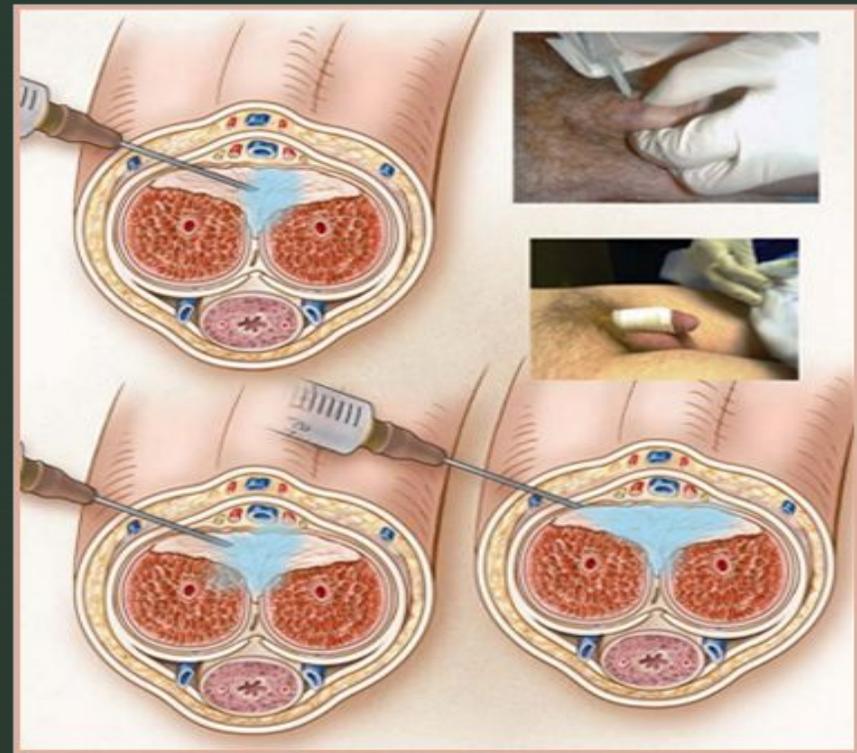
- Витамин Е. Парааминобензоат калия (потаба). Тамоксифен. Колхицин. Пентоксифиллин. Ингибиторы фосфодиэстеразы 5-го типа (ингибиторы ФДЭ5).

### Инъекционная терапия

Стероидные гормоны. Верапамил. Клостридиальная коллагеназа. Интерферон.

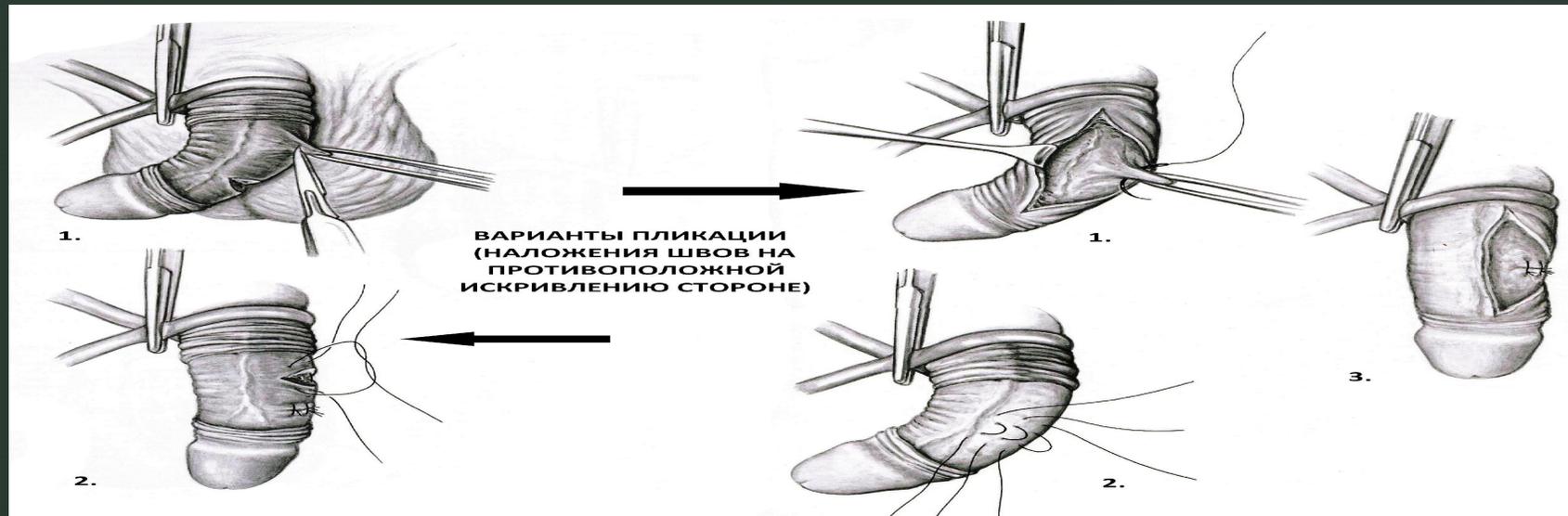
## Местная терапия

- Верапамил. Ионофорез. Дистанционная литотрипсия. Пенильные экстендеры. Вакуум-эректорная терапия.

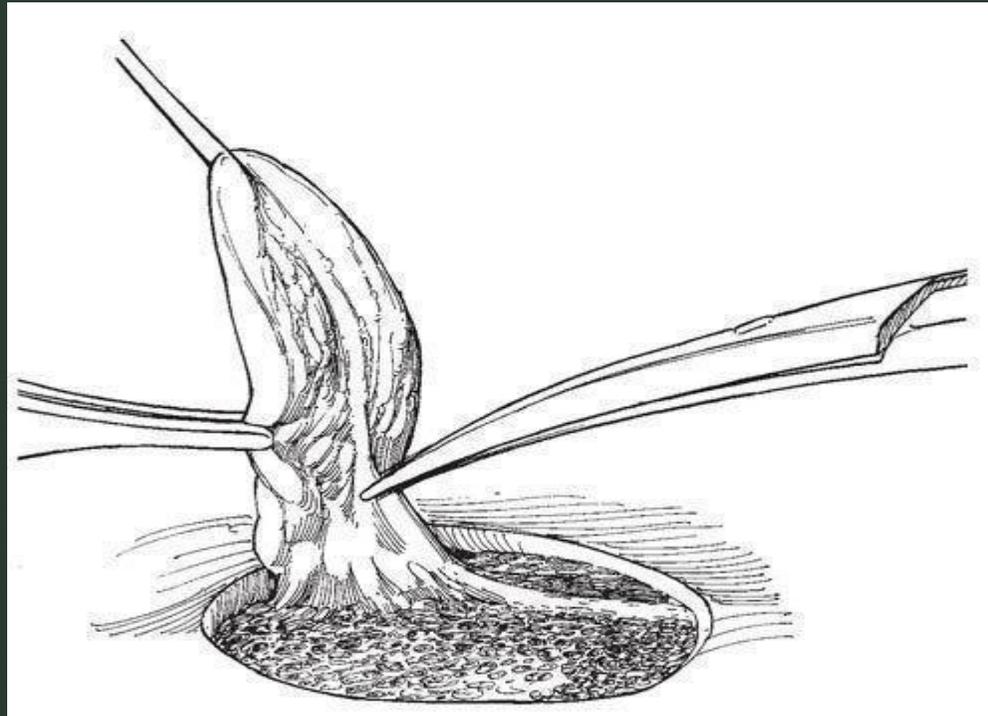


## Хирургическое лечение

- Универсального способа оперативного лечения при болезни Пейрони не существует.
- Выбор методики основывается на степени выраженности девиации полового члена, его геометрических параметрах и гемодинамическом статусе, состоянии эректильной функции.
- Оперативное лечение проводят в стабильной стадии болезни пациентам, не ранее чем через 6—12 мес от начала заболевания.

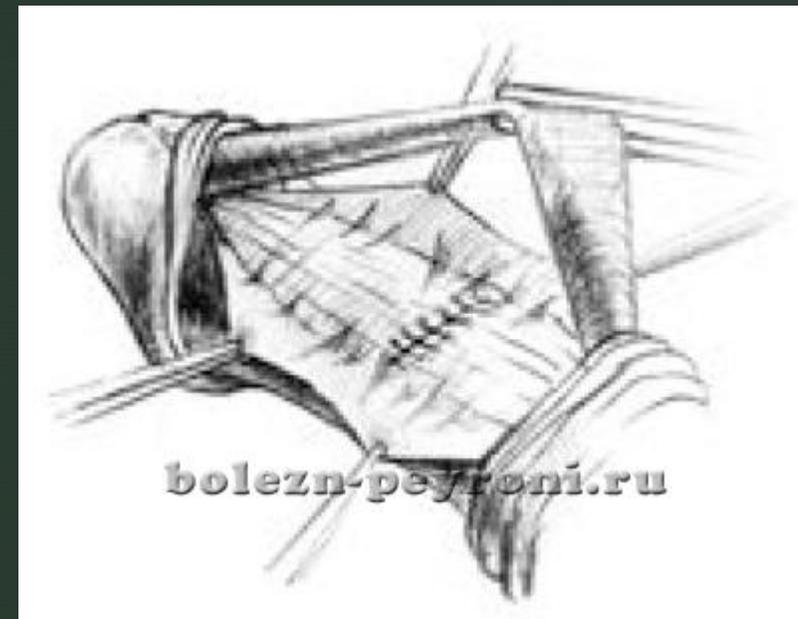
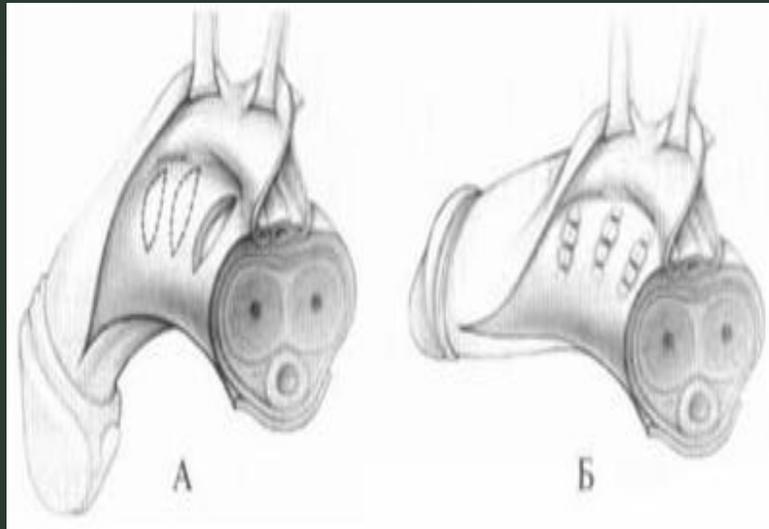


- В настоящее время существует два основных вида оперативных вмешательств при болезни Пейрони:
  - методики, укорачивающие половой член;
  - методики, удлиняющие половой член.

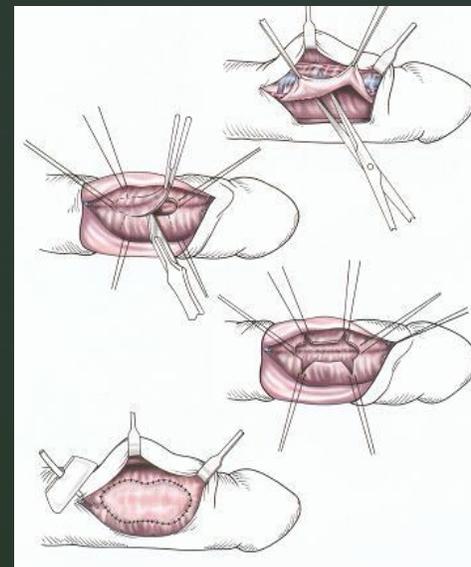


Среди методик, укорачивающих половой член, выделяют:

- операцию Несбита и её модификации (производится иссечение фрагмента белочной оболочки на выгнутой части полового члена, с последующим сшиванием краёв белочной оболочки);
- пликационные операции, при которых белочная оболочка не иссекается, а на выгнутой части полового члена формируется складка белочной оболочки с помощью нерассасывающегося шовного материала.



- Методики, удлиняющие половой член (заместительные корпоропластики) предполагают рассечение бляшки (вогнутая часть полового члена) и замещение возникшего дефекта в белочной оболочке с помощью трансплантата.
- Большинство указанных выше операций выполняют из субкоронарного доступа с последующим дегловингом. Как правило, операции завершаются обрезанием крайней плоти, хотя это не обязательное условие.



## Нарушения эякуляции

- **Нарушения эякуляции** - сексуальная дисфункция, выражающаяся в постоянном или эпизодически повторяющемся расстройстве процесса семяизвержения.



# Классификация

По времени возникновения различают первичные (возникшие с началом половой жизни) и вторичные нарушения эякуляции (развившиеся после периода нормальной сексуальной функции).

В зависимости от клинической формы и механизмов развития дисфункции выделяют следующие формы нарушения эякуляции:

- преждевременную эякуляцию (истинную и ложную)
- болезненную эякуляцию
- астеническую эякуляцию
- задержку эякуляции
- отсутствие эякуляции (анэякуляцию, анэякуляторный синдром), связанное с нарушением эмиссии, аспермией и др. факторами
- ретроградную эякуляцию.

## ЭТИОЛОГИЯ

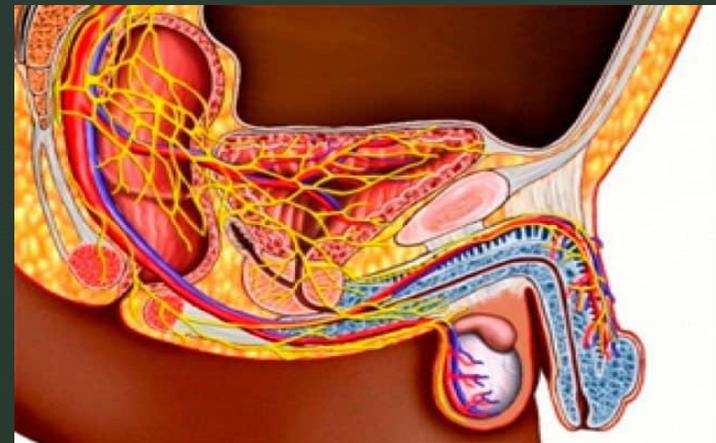
Причины нарушений эякуляции могут иметь органическую и психогенную природу.

- Так, ускоренное семяизвержение органического генеза наблюдается при урологических заболеваниях
- анатомических аномалиях
- неврологической патологии.

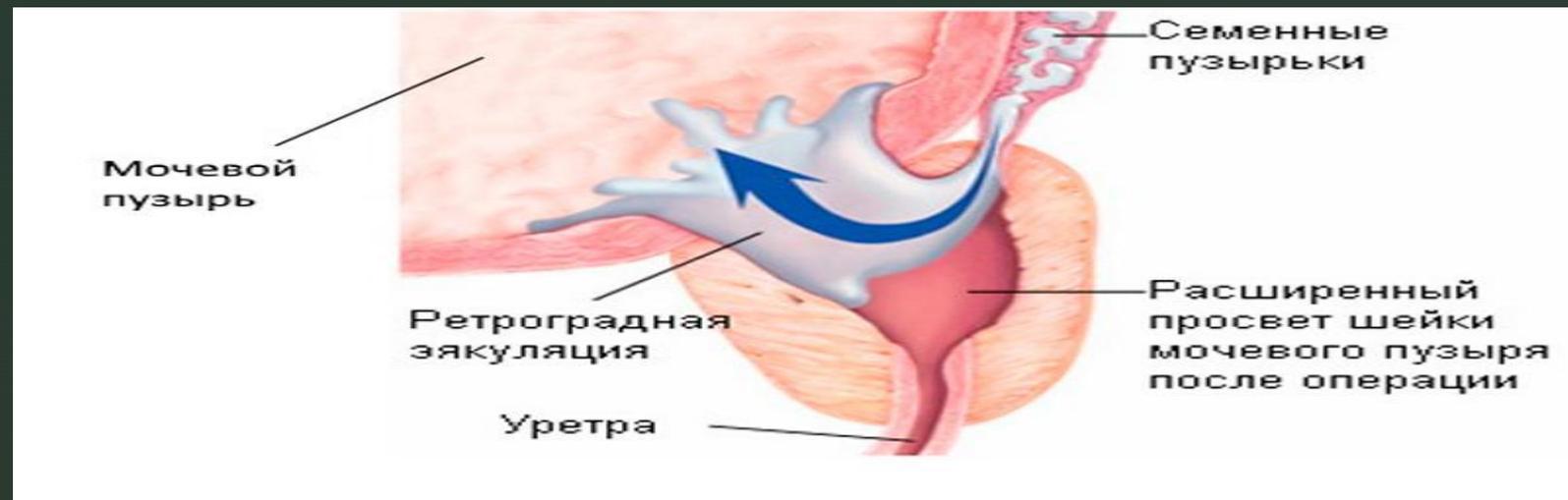
## Клиническая картина

- Согласно критериям ВОЗ, преждевременной считается эякуляция, наступившая до полового акта или менее чем через 1 минуту после его начала и не приводящая к сексуальному удовлетворению одного или обоих половых партнеров.
- При задержке эякуляции, напротив, мужчина неспособен достичь семяизвержения, несмотря на длительную сексуальную стимуляцию. О задержке эякуляции обычно говорят, если она не наступает через 20-30 минут после начала фрикций

- При ретроградном семяизвержении эякулят выбрасывается не антеградно (из уретры наружу), а поступает в обратном направлении (в мочевой пузырь). При этом семенная жидкость не выделяется совсем либо объем эякулята оказывается слишком маленьким.
- Такое нарушение эякуляции также может быть заподозрено по выделению мутной мочи после полового сношения. Задержанная, ретроградная эякуляция и анэякуляция могут выступать факторами мужского бесплодия.



- В основе астенического семяизвержения («эякуляторного желе», частичной эякуляторной дисфункции) лежит нарушение ритмичных мышечных сокращений гладкой мускулатуры, обеспечивающих толчкообразный выброс семенной жидкости из уретры.
- Данное нарушение эякуляции сопровождается стертыми оргазмическими ощущениями, однако качество эякулята при этом не изменяется, а фертильность мужчины не страдает.



## Диагностика

- Пациент, обратившийся к урологу или андрологу с жалобами на нарушение эякуляции, должен быть тщательно обследован для исключения неврологической, эндокринной, урологической и иной патологии.
- При первичном осмотре производится тщательное выяснение жалоб, анамнеза, сопутствующих заболеваний, психосексуального статуса; исследование наружных гениталий и предстательной железы.
- По показаниям пациенту рекомендуются консультации специалистов: невролога, эндокринолога, венеролога, сексолога.

- По мере необходимости лабораторный комплекс дополняется инструментальными исследованиями: УЗИ предстательной железы и органов мошонки, определением вызванных потенциалов дорсального нерва полового члена, уретроскопией, цистоскопией, урофлоуметрией



## Лечение

- Общие принципы лечения различных форм нарушений эякуляции включают этиотропную и симптоматическую медикаментозную терапию, психосексуальное консультирование, поведенческую психотерапию, физиотерапию.

