

Г. В. Дружинин<sup>1,2</sup>, И. В. Лавринович<sup>1</sup>, О. А. Ковалёнок<sup>1</sup>

## НАШ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ВРОЖДЁННОГО ИСКРИВЛЕНИЯ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА

ООО «Доктор Профи», Минск,<sup>1</sup>  
УО «Белорусский государственный медицинский университет»<sup>2</sup>

За период с 2020 по 2025 г. мы наблюдали 57 (100 %) пациентов с врожденной девиацией полового члена. Выявлены следующие варианты искривления полового члена, в случаях сочетания деформации в нескольких плоскостях учитывался преобладающий угол искривления: книзу (в вентральную сторону) – 28 (49 %) мужчин, влево – 19 (33 %), вправо – 4 (7 %), ротация с угловой деформацией – 4 (7 %), только ротация по оси – 2 (3,5 %). Комбинированные деформации в двух плоскостях и по оси из числа всех пациентов – 14 (24,6 %).

Целью данной работы является рассмотрение актуальных на сегодня методов корпоропластики полового члена, а также преимуществ и недостатков доступных методов хирургической коррекции врождённого искривления полового члена.

Оперировано 19 пациентов с врождённым искривлением полового члена в возрасте от 17 до 39 лет. Применявшиеся методики: пликация белочной оболочки полового члена по Щеплеву-Несбит – 13, с углом искривления полового члена от 35° до 75°; выпрямление полового члена с применением графта – 5, угол искривления от 55° до 85°; циркумцизио, с устранением ротационного искривления – 1. Осложнения: повторная коррекция искривления – 1, интраоперационное повреждение уретры – 1, подкожные гематомы лобковой области – 3, укорочение полового члена на 1–2,5 см – 7 пациентов. Представлено сравнение пликационных и имплантационных хирургических методов коррекции врождённого искривления полового члена, с применением аутологичного и ксенотрансплантата для графта.

**Ключевые слова:** врожденное искривление полового члена, выпрямление, пликация, графт.

G. V. Druzhinin<sup>1,2</sup>, I. V. Lavrinovich<sup>1</sup>, O. A. Kovalyonok<sup>1</sup>

## OUR EXPERIENCE IN SURGICAL CORRECTION OF CONGENITAL CURVATURE OF THE PENIS

Limited Liability Company “Doctor Profi”, Minsk,<sup>1</sup>  
Educational Institution “Belarusian State Medical University”<sup>2</sup>

During the period from 2020 to 2025, we observed 57 (100 %) patients with congenital penile deviation. The following variants of penile curvature were identified; in cases of a combination of deformation in several planes, the predominant angle of curvature was taken into account: downwards (to the ventral side) – 28 (49 %) men, to the left – 19 (33 %), to the right – 4 (7 %), rotation with angular deformation – 4 (7 %), only rotation along the axis – 2 (3.5 %). Combined deformations in two planes and along the axis of all patients – 14 (24.6 %).

The purpose of this work is to consider the currently relevant methods of penile corporoplasty, as well as the advantages and disadvantages of available methods of surgical correction of congenital curvature of the penis.

A total of 19 patients with congenital curvature of the penis aged from 17 to 39 years were operated on. The methods used were: plication of the tunica albuginea of the penis according to Shcheplev-Nesbit – 13, with a penile curvature angle from 35° to 75°; straightening

## □ Оригинальные научные публикации

*of the penis using a graft – 5, curvature angle from 55° to 85°; circumcision, with the elimination of rotational curvature – 1. Complications: repeated correction of curvature – 1, intraoperative damage to the urethra – 1, subcutaneous hematomas of the pubic area – 3, shortening of the penis by 1–2.5 cm – 7 patients. A comparison of plication and implantation surgical methods for correction of congenital curvature of the penis is presented, using autologous and xenograft for the graft.*

**Key words:** *congenital curvature of the penis, straightening, plication, graft.*

Врожденное искривление полового члена – это деформация полового члена в состоянии эрекции, возникающая при диспропорции анатомических структур (кавернозных тел, белочной оболочки, уретры) врожденного генеза, в отличие от искривления полового члена приобретенного характера, к которой относятся болезнь Пейрони (фибропластическая индукция полового члена), последствия травм полового члена и локальный фиброз [2; 5; 8].

В норме, белочная оболочка кавернозных тел полового члена, должна развиваться пропорционально и равномерно по всей поверхности и на обоих кавернозных телах. Но в отдельных случаях, более или менее протяженный участок белочной оболочки начинает задерживаться в развитии, из-за чего и возникает искривление. Самой частой причиной возникновения подобного состояния, является нарушение структуры белочной оболочки пениса из-за дисгормональных нарушений, возникающие у плода ещё внутриутробно [2; 8; 10; 15]. Изменения при этом затрагивают только белочную оболочку органа, все другие структуры не страдают.

Еще одним фактором, способствующим искривлению пениса, является укороченный уретральный канал совместно с губчатым телом уретры. Его природа, так же заключается в дисэмбриогенезе [4].

Врожденное искривление полового члена встречается в 0,4–1 случае на 1000 населения или до 3–5 %. Впервые врожденную девиацию полового члена описал в 1842 г. Mc Oapeg, он выделил ее как самостоятельное заболевание и предложил методы хирургической коррекции [2; 4; 9; 12].

Необходимость лечения деформаций полового члена обусловлена как психологической проблемой (дисморфофобией) – неприятием внешнего вида своих гениталий, так и различными проблемами в половой жизни, наблюдающимися у мужчин с подобными отклонениями. Недовольство видом полового органа с выраженной деформацией, заметной в покое, отмечается у мальчиков уже с раннего возраста (после 3 лет). Чаще же, подростки начинают отмечать искривление полового члена в период полового созревания – в возрасте 10–14 лет. Многими авторами отмечается, что с этой патологией к урологу обращаются молодые люди в возрасте от 16 до 23 лет [1; 5–7; 11]. Юноши замалчивают самостоятельно обнаруженную особенность и ввиду стеснительности или табуированности темы в семье.

Как правило, это неполные семьи, когда юноша воспитывается мамой. Патология, обнаруживаемая лишь при эрекциях, беспокоит начиная с подросткового возраста, и часто наносит психике непоправимый ущерб.

У взрослых мужчин уже осуществивших попытки половых контактов, врожденное искривление полового члена может затруднять или не позволять их проводить на начальных этапах половой жизни, следовательно, оно является важной проблемой для юношей фертильного возраста. Нередко, проблема искривленного полового члена у мужчин ведущих половую жизнь, возникает при смене половой партнерши.

Искривление может быть боковое, дорсальное, вентральное, как изолированно, так и в сочетании одного варианта с другим. В некоторых случаях искривление может сопровождаться ротацией кавернозных тел вокруг своей оси. При врожденной форме искривление чаще встречается «книзу», тогда как при болезни Пейрони – «кверху», при врожденном искривлении плотных, подобных хрящу «бляшек» в структуре кавернозных тел не пальпируется и эрекции безболезненные. В большинстве случаев, угол искривления пениса составляет 30–40°, но может достигать и 90° [1; 3; 4; 6; 10–12].

Оценку искривлений полового члена проводят во время эрекции. Лучше всего для этого подходят цифровые фотографии, выполненные самостоятельно пациентом в 2 проекциях. Выраженные отклонения требуют хирургического вмешательства. Это относится к отклонению в сторону на углы более 25–30 градусов, а также ротации на угол более 45–50 градусов [1; 6; 8; 10; 13].

В тех случаях, когда для создания эрекции необходимо проводить стимуляцию искусственно, некоторые авторы предлагают применять аппарат по типу «вакуумно-сжимающей системы» со сбрасыванием предварительно подобранного зажимающего кольца на основание полового члена после создания эрекции при помощи локального отрицательного давления (ЛОД). Либо, используют, при наличии показаний к стимуляции эрекции, ингибиторы фосфодиэстеразы 5-го типа (ФДЭ-5) (виагра 50 мг на фоне видеостимуляции эрекции) [2].

Для определения состояния белочной оболочки кавернозных тел, наличия бляшек или их отсутствия проводится ультразвуковое сканирование полового члена. У пациентов с нарушением эректильной

функции, рекомендовано проведение ультразвуковой доплерографии сосудов полового члена с медикаментозной стимуляцией эрекции Простагландином Е, с помощью которой оцениваются базальный и стимулированный артериальный и венозный кровоток. В некоторых ситуациях, для оценки состояния кавернозных тел, кровеносных сосудов полового члена и таза, проводится кавернозография [7; 11].

Врожденное искривление полового члена, в отличие от приобретенного искривления, имеет ряд особенностей, которые необходимо учитывать при диагностике и оперативном лечении:

1. Очень важно тщательно собирать анамнез с учетом наличия травмы полового члена, поскольку подростки в некоторых случаях скрывают наличие травмы полового члена (бытовые, спортивные, при мастурбации);

2. В отличие от искривления полового члена приобретенного характера, при врожденном характере аномалии, при пальпации не определяются рубцы и бляшки ни пальпаторно, ни при УЗД.

Имеются также различия по определению показаний к операции. Врожденные искривления полового члена можно оперировать сразу после подтверждения факта достаточной для хирургического вмешательства выраженности деформации, тогда как приобретенные искривления: болезнь Пейрони, травматические разрывы белочной оболочки, необходимо выяснить время обнаружения дефекта, появляется ли боль при эрекции, происходит ли ещё увеличение угла искривления, поскольку, хирургическую коррекцию при болезни Пейрони не рекомендуется выполнять в ранних сроках заболевания [3].

При врожденном искривлении полового члена, с точки зрения прикладной хирургии, пациентов можно разделить на 2 группы:

1) девиация, возникающая в результате врожденных дефектов развития белочной оболочки полового члена, это – вверх, влево, вправо;

2) девиация – книзу, возникшая в результате врожденных дефектов развития как белочной оболочки полового члена, так и спонгиозного тела полового члена с пенильной уретрой. Ранее, этот вид искривления назывался «гипоспадией-без-гипоспадии» [4].

Для коррекции врожденных искривлений чаще используются пликация или эксцизионная, инцизионная корпоропластика по различным методикам и модификациям. Аугментационные техники трансплантации (графтинг), а также фаллопротезирование с различными приемами коррекции девиации обычно используются при болезни Пейрони. Однако невозможно сделать однозначные выводы относительно преимуществ и недостатков тех или иных методов и полностью отказаться от применения «графтинга» при врожденном искривлении полового члена.

Целью данной работы является рассмотрение актуальных на сегодня методов корпоропластики полового члена, а также преимуществ и недостатков доступных методов хирургической коррекции врожденного искривления полового члена.

Для выпрямления полового члена возможно выполнение 6 видов оперативных вмешательств с учетом показаний и противопоказаний к этим методам:

1. Операции Щеплева, относится к пликационным методам и их модификациям без вскрытия полости кавернозных тел. Заключаются в наложении пликаций на белочную оболочку, т. е. швов, гофрирующих поверхность кавернозного тела. Швы накладываются по длинной стороне кавернозного тела не рассасывающимся шовным материалом. Количество швов зависит от выраженности угла искривления и его распространенности по длине полового члена. Операция выполняется в состоянии искусственной эрекции, путём заполнения физиологическим раствором, поступающим по катетеру дозированно в кавернозное тело (интракавернозно) [5].

Недостатки пликационных методик операций:

а) укорочение полового члена при выраженных, больше 60–70°, углах девиации;

б) возможность развития рецидива при нарушении целостности лигатуры [1].

2. Операции типа Несбита, эксцизионная методика, выполняется с резекцией сегмента белочной оболочки и соединением краев дефекта на длинной (выпуклой) стороне полового члена так же не рассасывающимся шовным материалом [13].

Недостатки операции типа Несбита:

а) кровотечение из кавернозной ткани, возникающее после нарушения целостности белочной оболочки полового члена во время операции и в послеоперационном периоде;

б) укорочение полового члена при выраженных, больше 60–70°, углах девиации;

в) высокий риск повреждения уретры и нервно-сосудистого пучка, с возможностью развития кавернита, фиброза в кавернозной ткани, что приводит к эректильной дисфункции (ЭД);

г) формирование плотных образований под кожей полового члена в области наложенных швов [1].

Показания к операции типа Несбита и Щеплева:

– угол искривления не более 45°;

– деформация без сужения диаметра кавернозных тел;

– достаточная длина полового члена;

– отсутствие ЭД [1; 13].

3. Операции, при которых применяют одновременное иссечение белочной оболочки полового члена с кавернозным телом полового члена типа Несбита с дополнительной, по необходимости, пликацией белочной оболочки типа Щеплева. Эта операция применяется в тех случаях, когда искривле-

ние идет в нескольких плоскостях и в одном из них имеется выраженное искривление.

Указанные методики приводят к уменьшению длины полового члена на 1 см и более. Пациента необходимо информировать об этом до операции. Чтобы компенсировать укорочение полового члена, некоторые авторы предлагают производить лигаментотомию, которая позволяет удлинить половой член на 1–2 см [6].

4. В 2000 г. авторами Д. Л. Кудрявцев, Г. С. Пятницын была предложена методика типа операции Микулича, при которой белочную оболочку по выпуклой стороне рассекают продольно и сшивают поперечно. Но данные авторы предложили методику продольного рассечения кавернозного тела и его поперечного ушивания с выпуклой стороны и поперечного рассечения, и продольного сшивания с пораженной короткой стороны. Разрезы производят попарно от 4 до 6 см с каждой стороны в состоянии искусственной эрекции до полной коррекции. С помощью операции, по мнению авторов, достигается полное выпрямление и не происходит значительного укорочения полового члена, что является достоинством методики. В то же время то, что приходится рассекать белочную оболочку полового члена и появляется возможность кровотечения во время операции и после неё, является ее недостатком [6].

5. Операция Шаира III. При равномерном искривлении полового члена вниз, нижние части кавернозных тел имеют максимальное натяжение во время эрекции. Операция заключается в развороте кавернозных тел так, чтобы их нижние части стали боковыми, а верхние прилегли друг к другу. Тем самым, половой член выпрямляется без потери длины. Методика осуществляется путём наложения ротирующих швов нерассасывающимся шовным материалом на дорсальную поверхность обоих кавернозных тел по маркированным друг против друга точкам. После операции часть пациентов отмечает, что ближе к корню половой член стал тоньше. На половую жизнь это не влияет, так как толщина головки полового члена не меняется [14].

6. Операции, предполагающие применение вставки – «графта», который имплантируется в «окно», сформированное в белочной оболочке с короткой, вогнутой стороны. Эта категория методик рекомендуется в ситуациях с выраженным, более 65–70°, искривлением полового члена. Когда все вышеперечисленные методики приводят к выраженному укорочению полового члена, наличием большого количества пальпируемых подкожных образований в местах наложения нерассасывающихся швов, нередко в несколько рядов. Для вставки, графта, предлагается использовать различные материалы: аутологичные – слизистую оболочку щеки, подкожную вену бедра, расщеплённый кожный лоскут (без эпидермиса), взятый с участков тела с наименьшим рос-

том волос: медиальной поверхности предплечья либо с заушной области, ксенотрансплантаты – «Биокард» подготовленный бычий перикард изготовленный из перикарда крупного рогатого скота, химически стабилизированный диэпоксидом с элементами антикальциевой обработки и гепариновым покрытием, а также аллотрансплантаты – искусственные протезы сосудов [8; 11; 12].

### Результаты и обсуждение

За период с 2020 по 2025 г. в нашей клинике проконсультировано и наблюдалось 57 (100 %) пациентов с врожденной девиацией полового члена. По возрасту наши пациенты распределились следующим образом: от 3 до 17 лет – 6 (10,5 %) человек, от 18 до 30 лет – 34 (59,6 %), от 30 до 43 лет – 17 (29,8 %) пациентов.

Основной жалобой у всех пациентов была деформация полового члена, выявленная в детском или подростковом возрасте. Дополнительными причинами обращений были: неудобно вести половую жизнь мужчине – 8 (14 %), неудобно женщине (болевым синдромом) – 3 (5,3 %), смена полового партнёра после распада семьи – 2 (3,5 %), боли в области уздечки во время эрекции – 3 (5,3 %). Не было опыта половых контактов у 23 (40,4 %) пациентов, регулярная половая жизнь – 17 (29,8 %), ещё у 17 (29,8 %) мужчин единичные половые контакты. Сдерживающим фактором пациенты признают искривление полового члена. У всех пациентов не отмечено жалоб на нарушение эректильной функции.

Диагностика была проведена по следующей схеме: беседа с пациентом либо с его родителями, с выявлением жалоб на нарушение формы полового члена, определением проблем с половой жизнью, если половые контакты имеются, либо были попытки их проводить. Осмотр пациента в кабинете уролога и оценка выраженности деформации полового члена в состоянии твёрдой эрекции по изображению на цифровом носителе. Затем, пациенту разъяснялись необходимые рекомендации, в тех случаях, когда хирургическое лечение не имело достаточных оснований, например, при невыраженных углах искривления полового члена, либо, при стабильных семейных отношениях, уже сложившихся половых контактах, риски хирургического вмешательства были выше ожидаемых результатов операции. В ситуациях, когда хирургическая коррекция была необходима, выбор метода оперативного лечения проводился с учетом угла искривления и распространенности его по длине полового члена, а также с учетом характера анатомической диспропорции кавернозных тел, приводящей к искривлению, обязательно учитывались пожелания пациента или его родителей по предлагаемой методике хирургической коррекции.

Выявлены следующие варианты искривления полового члена, в случаях сочетания деформации

в нескольких плоскостях учитывался преобладающий угол искривления: книзу (в вентральную сторону) – 28 (49 %) мужчин, влево – 19 (33 %), вправо – 4 (7 %), ротация с угловой деформацией – 4 (7 %), только ротация по оси – 2 (3,5 %). Всего – 57 человек. Комбинированные деформации в двух плоскостях и по оси из числа всех пациентов – 14 (24,6 %).

Искривление полового члена менее 35° выявлено у 20 (35 %) пациентов, от 35° до 75° – у 34 (59,6 %), более 75° – у 3 (5,3 %).

Показания к хирургической коррекции врожденной деформации полового члена выставлялись пациентам с искривлением не менее 35°.

Формально этому критерию соответствовало 37 мужчин. Однако, хирургическое лечение рекомендовано 34 (59,6 %) пациентам. Трём мужчинам 38, 40 и 43 лет с углом деформации от 35° до 50° со сложившимися семейными отношениями и удовлетворительными половыми контактами для обоих партнёров рекомендовано было воздержаться от хирургического лечения. Нашим коллективом оперировано 19 (33 %) пациентов по поводу врожденной деформации полового члена в возрасте от 17 до 39 лет.

Для хирургической коррекции врожденного искривления полового члена мы применили следующие методики:

1. Пликация белочной оболочки полового члена по Щеплеву – 13.

2. Выпрямление полового члена с применением графта – 5, у трёх пациентов имплантация графта сопровождалась дополнительными 2–4 швами по методике Щеплева наложенных на противоположной внедрённому импланту стороне.

3. Циркумцизио, с устранением ротационного и незначительного бокового искривления смещением кожи полового члена относительно его головки и кавернозных тел – 1.

Продолжительность хирургического вмешательства при выполнении пликационных методик – от 60 до 100 мин, при имплантационных с применением графта из Биокарда – 120–170 мин, с применением аутологичной слизистой щеки – 210 мин.

### Результаты хирургического лечения

Из 19 пациентов в 18 случаях пациенты удовлетворены результатами оперативного лечения при сроке наблюдения от 5 мес до 5 лет. При опросе по телефону 12 оперированных мужчин, эректильная функция удовлетворительная, семеро отметили остаточную девиацию полового члена не более 10°. В послеоперационном периоде наблюдалось в 7 случаях укорочения полового члена, от 0,5 до 2,5 см не влияющих на половую функцию.

У одного пациента с вентральным искривлением 85° до операции, которому было выполнено выпрямление с применением графта, через 3 мес. после операции было подтверждено восстановление деформации полового члена до 35–40° в вентральную

сторону. Ему повторно выполнялось хирургическая коррекция с наложением двух пликационных швов по Щеплеву на дорсальную поверхность кавернозных тел. При ревизии во время операции – графт и швы, его фиксирующие располагались под спонгиозным телом, уменьшение размеров графта не отмечено. После повторной операции было достигнуто полное выпрямление. Размеры имплантов у 5 мужчин в послеоперационном периоде не изменялись. Из других осложнений отмечено: в раннем послеоперационном периоде у 3-х пациентов после коррекции с применением графта наблюдались подкожные гематомы у основания полового члена и лобковой области. Дополнительного вмешательства они не требовали, было продолжено плановое лечение. Укорочение полового члена после пликационных методик от 0,5 до 2,5 см в 7 случаях. Так же, мы наблюдали у одного пациента интраоперационное краевое повреждение уретры, при отделении спонгиозного тела от кавернозных, размером 3×7 мм, в продольном направлении, дефект ушит рассасывающейся нитью ПГА 5/0. В связи с тем, что выпрямление выполнялось с применением графта из Биокарда, была наложена цистостома для обеспечения длительного отведения мочи. В последующем, спустя 2 месяца, выполнялась ретроградная уретрография, подтверждена целостность уретры, цистостома успешно удалена, скорость мочеиспускания удовлетворительная. После пликаций белочной оболочки не отмечалось формирование болезненных плотных образований на месте расположения швов. Методики, удлиняющие половой член, как хирургические (лигаментотомия), так и консервативные (ЛОД-терапия) в послеоперационном периоде нами не применялись. Одному мужчине 37 лет рекомендован приём 5 мг Тадалафила ежедневно в течение 1 мес после перенесенной операции, в связи с недостаточной твёрдостью эрекции, которая стабилизировалась в ближайшие 2 месяцев после операции.

При врожденном искривлении полового члена чаще всего встречаются обращения к урологу в связи с недовольством пациента внешним видом полового члена. Как правило, это молодые люди, которые только начинают половую жизнь и не имеют сексуального опыта, стесняются особенности строения полового органа, свои дебютные неудачи чаще всего расценивают как следствие искривления полового члена, которое, в свою очередь, может быть незначительным. У них нередко встречается психогенная ЭД и очень редко изолированная ЭД органического генеза. Однако и зрелые мужчины с опытом половой жизни прибегают к консультациям уролога по поводу врожденной девиации. К нам обращались пациенты женатые, у которых был опыт половых контактов, причиной обращения, как правило, является смена полового партнёра и любопытство.

Наиболее часто (у 13 пациентов) нами применялась пликационная коррекция девиаций у пациентов с углом искривления менее 70–75° и половым членом не менее 14 см длиной. При искривлениях вверх и в какую-либо сторону, а также у 9 мужчин с вентральным отклонением, достаточно было наложить пликационные швы на выпуклую сторону полового члена, проконтролировать достаточность выпрямления и закончить операцию. Однако у 4-х пациентов с деформацией книзу, выпрямление, после наложения двух рядов пликационных швов, было недостаточным. Поскольку, наложение третьего ряда гофрирующих швов приводит к выраженному укорочению полового члена, мы отделяли губчатое тело от кавернозных тел, на протяжении от головки до мошоночного отдела уретры, одновременно освобождая уретру и белочную оболочку от плотных фиброзных эмбриональных тяжей, имеющихся в данной ситуации. Этот манёвр с губчатым телом помогает создать достаточную для выпрямления длину уретры и ограничиться пликационной методикой вмешательства.

Коррекции с применением импланта выполнены на 5 пациентам, 3-м с углом искривления более 75° и 2-м с углом кривизны от 55° до 75°, и длиной полового члена менее 14 см. У двух мужчин деформация полового члена была влево, у трёх – вентрально. В роли импланта однократно мы использовали слизистую оболочку щеки, в четырёх случаях материалом для графта был «Биокард». Техника имплантации графта была следующая. У пациентов с вентральной деформацией: спонгиозное тело уретры отделялось от белочной оболочки полового члена на вогнутой стороне кавернозных тел на протяжении 7–8 см, в области наиболее выраженной кривизны формировалось «окно» в белочной оболочке обоих кавернозных тел путём поперечного пересечения только белочной оболочки на половину диаметра кавернозных тел так, чтобы этого было достаточно для выпрямления. В сформированный дефект укладывался графт и фиксировался к краям дефекта не рассасывающейся нитью капрон 2\0 непрерывным швом. На этом этапе необходимо добиваться герметичности швов, поскольку в послеоперационном периоде могут образовываться гематомы. Затем, спонгиозное тело укладывалось на место и фиксировалось к белочной оболочке отдельными рассасывающимися швами. У пациентов с боковой деформацией: «окно» формировалось в белочной оболочке боковой поверхности более короткого кавернозного тела и в него имплантировался трансплантат, фиксировался нитью капрон 2\0.

Врождённые аномалии строения полового члена выявляются как правило в детском, подростковом и юношеском возрасте. Учитывая, что страдают в основном молодые пациенты, которые только начинают половую жизнь, у них может встречаться психогенная ЭД, возникновение неуверенности

и нарушение способности общаться с противоположным полом, что, без сомнений, требует оказания медицинской помощи.

Показанием к оперативному лечению при врожденной девиации полового члена чаще всего являются косметические дефекты, однако и проблемы, связанные с искривлением полового члена во время половых контактов у пациентов, встречаются не редко.

Анализируя наш опыт хирургического лечения 19 пациентов по поводу врожденного искривления полового члена, мы получили удовлетворительные косметические и функциональные результаты. Применённые методики коррекции врождённых деформаций полового члена: пликационные по Щеплеву и выпрямление с применением графта считаем приемлемыми в урологической практике.

В результате пликационных хирургических методик мы встретились с такими побочными эффектами, как укорочение полового члена, тогда как при применении имплантационных техник, в связи с большим объёмом хирургической травмы из-за выраженности врождённой аномалии, большей продолжительностью операции, были получены более серьёзные осложнения: гематомы, травма уретры.

Применённые материалы для графта показали хорошую эффективность как пластического материала, прочность и эластичность. Имплантационные методики коррекции необходимо применять у пациентов с выраженным искривлением и недостаточно длинным, менее 12–14 см, половым членом. Основные различия между применёнными материалами для графта, аутологичная слизистая щеки и Биокард, заключаются: в большей на 40–60 мин длительности операции, необходимых для забора слизистой щеки пациента, а также обязательную интубацию трахеи во время работы во рту, тогда как операции с применением ксенотрансплантата могут выполняться и под проводниковой (спинальной) анестезией.

*Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.*

### Литература

1. Бавильский, В. Ф. Наш опыт диагностики и лечения врожденного искривления полового члена / В. Ф. Бавильский, М. Н. Саётов, О. Ф. Плаксин, Ф. Н. Зимин // Андрология и генитальная хирургия. – 2013. – № 2. – С. 55–59.
2. Бойко, Н. И. Врожденная девиация полового члена и коррекция при помощи Виагры / Н. И. Бойко // Здоровье мужчины. – 2004. – № 4. – С. 88–91.
3. Горячев, И. А. Лечение искривлений полового члена на пороге третьего тысячелетия / И. А. Горячев, П. А. Щеплев, А. В. Живов, А. Ю. Плеханов // Сборник трудов II симпозиума по мужской генитальной хирургии. – М., 1999. – С. 3.
4. Доста, Н. И. Болезнь Пейрони / Н. И. Доста, Д. М. Ниткин, Р. В. Дорошевич. – Минск: «Капитал прини», 2018. – 232 с.
5. Катиров, М. И. Врожденные аномалии полового члена: мировые и отечественные данные / М. И. Катиров, А. Б. Богданов // Экспериментальная и клиническая урология. – 2021. – № 1. – С. 44–55.

6. Михайличенко, В. В. Оперативное лечение врожденной и приобретенной деформации полового члена / В. В. Михайличенко, В. П. Александров, И. Ф. Новиков [и др.] // Сборник трудов II симпозиума по мужской генитальной хирургии. – М., 1999. – 12 с.

7. Савченко, Н. Е. Гипоспадия и ее лечение / Н. Е. Савченко. – Минск, 1962. – 264 с.

8. Щеплев, П. А., Аполихин О. И. Андрология. Клинические рекомендации. – М., 2007.

9. Fahmy, M. Congenital Anomalies of the Penis. – Switzerland: Springer, 2017. – 267 p.

10. Kel âmi, A. Classification of congenital and acquired penile deviation // Urol Int. – 1983. – Vol. 38, № 4. – P. 229–233.

11. Mingin, G., Baskin L. S. Management of chordee in children and young adults // Urol Clin North Am. – 2002. – № 29(2). – P. 277–84.

12. Montag, S., Palmer L. S. Abnormalities of penile curvature: chordee and penile torsion // Scientific World J. – 2011. – № 11. – P. 1470–8.

13. Nesbit, R. H. Congenital curvature of the phallus: report of three cases with description of corrective operation, 1965 // J. Urol. – 2002. – Vol. 167. – P. 1187–1189.

14. Osama Shaeer and Kamal Shaeer. Rotation of the cavernous bodies by Chaire – III: correction of congenital curvature of the penis without shortening – a method without corporotomy // European Urology. – 2016. – Vol. 69, Issue 1. – P. 129–134.

15. Yachia, D. Text Atlas of Penile Surgery. – London: CRC Press, 2007.

## References

1. Baviľ'skij, V. F. Nash opyt diagnostiki i lecheniya vrozhdennoogo iskrivleniya polovogo chlena / V. F. Baviľ'skij, M. N. Saetov, O. F. Plaksin, F. N. Zimin // Andrologiya i genital'naya hirurgii. – 2013. – № 2. – S. 55–59.

2. Bojko, N. I. Vrozhden'naya deviaciya polovogo chlena i korrekciya pri pomoshchi Viagry / N. I. Bojko // Zdorov'e muzhchiny. – 2004. – № 4. – P. 88–91.

3. Goryachev, I. A. Lechenie iskrivlenij polovogo chlena na poroge tret'ego tysyacheletiya / I. A. Goryachev, P. A. Shcheplev, A. V. Zhivov, A. Yu. Plekhanov // Sbornik trudov II simpoziuma po muzhskoj genital'noj hirurgii. – М., 1999. – 72 s.

4. Dosta, N. I. Bolezn' Pejroni / N. I. Dosta, D. M. Nitkin, R. V. Doroshevich. – Minsk: "Kapital prini", 2018. – 232 s.

5. Katibov, M. I. Vrozhdennye anomalii polovogo chlena: mirovye i otechestvennye dannye / M. I. Katibov, A. B. Bogdanov // Eksperimental'naya i klinicheskaya urologiya. – 2021. – № 1. – P. 44–55.

6. Mihajlichenko, V. V. Operativnoe lechenie vrozhdennoj i priobretennoj deformacii polovogo chlena / V. V. Mihajlichenko, V. P. Aleksandrov, I. F. Novikov [et al.] // Sbornik trudov II simpoziuma po muzhskoj genital'noj hirurgii. – М., 1999. – 12 s.

7. Savchenko, N. E. Gipospadiya i ee lechenie / N. E. Savchenko. – Minsk, 1962. – 264 s.

8. Shcheplev, P. A., Apolihin O. I. Andrologiya. Klinicheskie rekomendacii. – М., 2007.

9. Fahmy, M. Congenital Anomalies of the Penis. – Switzerland: Springer, 2017. – 267 p.

10. Kel âmi, A. Classification of congenital and acquired penile deviation // Urol Int. – 1983. – Vol. 38, № 4. – P. 229–233.

11. Mingin, G., Baskin L. S. Management of chordee in children and young adults // Urol Clin North Am. – 2002. – № 29(2). – P. 277–84.

12. Montag, S., Palmer L. S. Abnormalities of penile curvature: chordee and penile torsion // Scientific World J. – 2011. – № 11. – P. 1470–8.

13. Nesbit, R. H. Congenital curvature of the phallus: report of three cases with description of corrective operation, 1965 // J. Urol. – 2002. – Vol. 167. – P. 1187–1189.

14. Osama Shaeer and Kamal Shaeer. Rotation of the cavernous bodies by Chaire – III: correction of congenital curvature of the penis without shortening – a method without corporotomy // European Urology. – 2016. – Vol. 69, Issue 1. – P. 129–134.

15. Yachia, D. Text Atlas of Penile Surgery. – London: CRC Press, 2007.

Поступила 27.08.2025 г.