

## Телемедицинская консультация врача-уролога

### Пациент:

**Имя:** Андрей

**Возраст:** 34

**Пол:** Мужской

### Врач:

**ФИО:** Шадёркин Игорь Аркадьевич

**Специализация:** Уролог

**Учёная степень:** кандидат медицинских наук

### Дата и время:

**обращения пациента за консультацией:** 02.09.2025 10:03:55

**формирования заключения врача:** 02.09.2025 22:10:19

### Ссылка на электронную версию:

**Адрес в сети Интернет:** <https://www.03uro.ru/consultations/question/325655/answer/325751>



# Заключение врача

## Жалобы

Пациент предъявляет жалобы на выраженное субъективное укорочение полового члена после операции по исправлению искривления (до операции  $\approx 14$  см в эрекции, через месяц после —  $\approx 9$  см), а также на затруднение обнажения головки полового члена из-за ощущения «прилипания» кожи с одной стороны к кавернозному телу. Выраженная тревожность по поводу исхода операции.

## Анамнез заболевания

1. До операции отмечал искривление полового члена вниз (вентральная кривизна). По данным очной консультации уролога пальпируемых бляшек, характерных для болезни Пейрони, не выявлено (вероятнее — врождённая/посттравматическая кривизна).
2. Выполнена операция «напротив разрежали и сшили» — по описанию похоже на коропоропликацию/операцию типа Несбита (пликация белочной оболочки с противоположной стороны кривизны).
3. С момента операции прошло  $\approx 4$  недели. Со слов пациента — значимое уменьшение длины в эрекции и проблемное обнажение головки из-за локальной фиксации кожи («прилипания») с одной стороны.
4. Данные о типе разреза, наличии/отсутствии циркумцизии (обрезания), выраженности болевого синдрома, качестве эрекции (жесткость), остаточной кривизне, выделениях из раны — не представлены.

## Анамнез жизни

Не уточнён: сведения о перенесённых операциях в области гениталий, травмах, сопутствующих заболеваниях (СД, нарушения свёртывания), приёме лекарственных препаратов (антикоагулянты, ингибиторы ФДЭ-5), курении, массе тела, характере половой жизни — **отсутствуют**.

## Интерпретация представленных данных

1. **Укорочение полового члена после пликации.** При операциях коррекции кривизны за счёт пликации противоположной стороны действительно возможна потеря длины (чем больше была кривизна — тем заметнее укорочение). Однако сокращение на  $\approx 5$  см выглядит **чрезмерным** для стандартной пликации и чаще объясняется:
  - **Неполной эрекцией** (болезненность, страх, ранний послеоперационный период) — визуально длина меньше.
  - **Ранним рубцеванием/отёком** и «контрактурой» тканей, которые временно «стягивают» кожу и белочную оболочку.
  - **Кожным «мостиком»/синехиями** после разреза/циркумцизии, что механически тянет кожу и ограничивает выпрямление и длину.
  - Отличиями методики измерения (до операции — от кожи, после — без упора в

лонное сочленение и т. п.). Корректная метрика — **stretched penile length** (SPL) от лонной кости до кончика головки по дорсальной поверхности.

2. «**Прилипание**» **кожи**. Описание характерно для **кожной синехии**/«**skin bridge**» или **рубцового фимоза** после разреза/циркумцизии. Это может:
  - мешать полному обнажению головки,
  - болезненно ограничивать эрекцию,
  - усиливать ощущение укорочения за счёт «натяжения» кожи.

На ранних сроках часть синехий поддаётся консервативной терапии, но сформированные плотные «мостики» часто требует **малоинвазивного рассечения**.

3. **Сроки**. 4 недели — ещё ранний послеоперационный период. Окончательное формирование рубца и стабилизация длины/платы по боли — к 3-6 месяцам. Тем не менее, вопрос с кожной адгезией лучше решать **рано**, чтобы не закрепилась патологическая фиксация.

## Заключение

1. Состояние после коррекции кривизны полового члена (вероятно, пликационная техника/операция типа Несбита), ранний послеоперационный период (≈4 недели).
2. Выраженное субъективное укорочение полового члена в эрекции — вероятно многокомпонентное: неполная эрекция + раннее рубцевание/отёк + возможное кожное «прилипание» (синехия/skin bridge). Реальная постоянная потеря длины после пликаций обычно меньше заявленной, требует **стандартизированного измерения** и оценки жесткости эрекции.
3. Подозрение на **рубцовый фимоз/кожную синехию** послеоперационного генеза, затрудняющую обнажение головки и ограничивающую «рабочую» длину.
4. Психоэмоциональное напряжение/тревога — ожидаемы в данной ситуации, требуют разъяснения и плана реабилитации.

## Рекомендации

1. **Неотложно (если появятся):**
  - усиление боли, отёк, покраснение, гнойные выделения из раны;
  - изменение цвета головки (синюшная/чёрная), онемение, холод — признаки ишемии;
  - повышение температуры, озноб, задержка мочи.  
При этих симптомах — немедленно в приёмное отделение/к оперировавшему хирургу.
2. **Очная оценка у оперировавшего уролога-андролога (в идеале в течение 1-2 недель):**
  - Попросить выписку/операционный протокол: точная методика (Несбит/пликации, циркумцизия была или нет, тип шовного материала).
  - Осмотр: выявление кожных синехий/«skin bridge», оценка рубцов, объём обнажения головки без боли.
  - **Стандартизированное измерение SPL** (с упором в лонную кость) и оценка жёсткости эрекции (IEF-5).
  - **УЗИ полового члена с доплерографией** (по показаниям — с фармакоиндукцией): оценка белочной оболочки, зоны пликаций, исключение

гематомы/выраженного фиброза, кровотока.

### 3. По кожной адгезии/фимозу:

- Не пытаться насильно открывать головку. Поддерживать ежедневную гигиену тёплой водой, аккуратно, без агрессивных моющих средств.
- После очного осмотра врач может предложить:
  - **Курс местного ГКС** (например, бетаметазон/клометазол 0,05% тонким слоем 2 раза в день 4-6 недель) + бережные растяжения — если нет противопоказаний и рана полностью эпителизирована.
  - **Малую ревизию** (рассечение синехий/кожного мостика) — при плотной фиксации. Небольшая амбулаторная процедура, как правило, даёт быстрый эффект.

### 4. Реабилитация длины и профилактика рубцевания:

- Сексуальное воздержание до 6 недель от операции или до разрешения хирурга.
- После подтверждения заживления (обычно  $\geq 4-6$  недель):
  - **Мягкие растягивающие упражнения** без боли ежедневно.
  - **Тракционная терапия** (пенильный экстендер) 1-2 часа/сут с постепенным увеличением, курс 3-6 месяцев — **после одобрения оперировавшего врача**. Это доказанно помогает сохранить/улучшить длину после пликаций.
  - Рассмотреть **низкодозный тадалафил 5 мг/сут** на 6-8 недель для «пенильной реабилитации» (улучшение оксигенации тканей за счёт спонтанных эрекции). Это рецептный препарат — обсудить очно, учесть противопоказания.
- Для снижения местного воспаления и противofiбротического эффекта в раннем восстановительном периоде (после полного заживления раны) возможно применение:
  - **Пейрофлекс гель резорбирующий** — наносить на область рубца/проекции бляшки 1-2 раза в день, курс не менее 3 месяцев. Препарат местного действия, сочетает противовоспалительный и противofiбротический эффект; совместим с физиотерапией и тракцией.
  - **Пейрофлекс (капсулы)** — по 1 капсуле 2 раза в день, курс не менее 6 месяцев, как системная противofiбротическая поддержка после операций/травм на половом члене.  
*Назначение оправдано как часть профилактики избыточного рубцевания; приём согласовать с лечащим врачом.*

### 5. Контрольные сроки и критерии пересмотра тактики:

- Промежуточный осмотр через 4-6 недель с оценкой длины (SPL), качества эрекции, степени обнажения головки.
- Если через 3-6 месяцев сохраняется потеря длины  $> 2$  см при полноценной эрекции, болезненные эрекции или выраженные синехии — обсудить варианты ревизионной коррекции (иссечение кожных мостиков/рубца, пересмотр пликаций; по показаниям — альтернативные методики).

### 6. Психологическая поддержка

- Пояснить: часть изменений в первые 1-3 месяца — **обратимы** (отёк, неполные эрекции, раннее рубцевание). Наиболее показательное состояние к 3-6 месяцам.
- Избегать сравнения длины при разных степенях эрекции. Для объективности — использовать SPL и фотофиксацию (см. ниже).

### 7. Что уточнить у пациента (можно ответом на это сообщение):

- Точная формулировка операции из выписки; выполнялась ли циркумцизия.
- Есть ли боль в покое/при эрекции, онемение, выделения из ран.
- Осталась ли кривизна, если да — в какую сторону и на сколько примерно градусов.
- Насколько жёсткая эрекция (по IIEF-5 или субъективно), использует ли ингибиторы

- ФДЭ-5.
- Фотографии (см. инструкцию) для дистанционной оценки.

## Дополнительная информация и инструкции

### 1. Как подготовить фото для оценки (по возможности):

- Сделайте 4 фото: в эрекции — вид сверху (дорсально), снизу (вентрально) и справа/слева (боковые проекции). Отдельно — крупным планом зону «прилипания» кожи.
- При измерении длины приложите линейку по дорсальной поверхности от **упора в лонную кость** до кончика головки (SPL).
- Хорошее освещение, нейтральный фон, без средств, закрывающих кожу.

### 2. Документы к очному визиту:

- Выписка/операционный протокол (методика, шовный материал).
- Все фото «до» и «после» (если есть).
- Список принимаемых препаратов и аллергий.

### 3. Домашнее наблюдение:

- Отмечайте: боль по ВАШ (0-10), качество утренних эреций, возможность обнажения головки (полностью/частично/болезненно), изменения в зоне «прилипания».
- Гигиена ежедневно тёплой водой, без агрессивных моющих средств. Избегать трения/травмирования рубца.

### 4. Юридически значимо: в формате телемедицины мы не вправе ставить окончательный диагноз и менять послеоперационный план вашего хирурга. Данное заключение носит консультативный характер и описывает разумный план уточнения и реабилитации.