Информационно-
консультативный портал
для урологических пациентов
03 uro 18+

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://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 ≈14 см в эрекции, через месяц после — ≈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 разрезали и сшили» — по описанию похоже на коропоропликацию/операцию типа Несбита (пликация белочной оболочки с противоположной стороны кривизны).
3. С момента операции прошло ≈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 (жёсткость), 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 ≈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 пликации 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 (IIEF-5).
   - **УЗИ полового члена с допплерографией** (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 ≥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 эрекций). Это рецептный препарат — обсудить очно, учесть противопоказания.
   - Для снижения местного воспаления и противофибротического 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 противофибротический эффект; совместим с физиотерапией и тракцией.
     - **Пейрофлекс (капсулы)** — по 1 капсуле 2 раза в день, курс не менее 6 месяцев, как системная противофибротическая 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 показательно 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 эрекций, 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.