Болезнь Пейрони

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2026 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: N48.6, N48.8 · Общероссийская общественная организация "Российское общество урологов"

Болезнь Пейрони — заболевание, являющееся нарушением процесса репарации белочной оболочки, приводящее к формированию рубцов (фиброзных бляшек), вызывающих искривление или изменение формы полового члена. При диагностике проводят физикальный осмотр, сбор анамнеза и инструментальные исследования; хирургическое лечение является предпочтительным методом лечения с учетом ограниченной эффективности консервативной терапии.

Главное

- Выделяют острую фазу и фазу стабилизации. Стабилизация — отсутствие изменений боли и степени искривления в течение 3 месяцев.
- Диагноз устанавливают при наличии уплотнения белочной оболочки при пальпации и искривления полового члена.
- Специфические лабораторные исследования для диагностики болезни Пейрони не применяются.
- Размер бляшки не определяет выраженность искривления. При осмотре важно оценить её положение, болезненность, смещаемость и связь с кожей, уретрой и окружающими тканями.
- Фотографии эрегированного полового члена в трёх проекциях помогают объективно оценить направление и степень деформации; желательно использовать однотонный контрастный фон. УУР В, УДД 3.
- Консервативные методы имеют ограниченную эффективность; хирургическое лечение считается предпочтительным методом при сохраняющейся значимой деформации.
- Профилактика болезни Пейрони не разработана, диспансерное наблюдение не требуется.

Диагностика

1. Уточнить время начала заболевания, возможную травму, наличие боли и её связь с эрекцией. Это помогает отличить болезнь Пейрони от последствий перелома полового члена и определить стадию заболевания. УУР С, УДД 5.
2. Уточнить направление и степень искривления, темп его прогрессирования, наличие эректильной дисфункции и исходную длину полового члена; дополнительно спросить о семейном анамнезе контрактуры Дюпюитрена и подошвенного фасциального фиброматоза. УУР С, УДД 4–5.
3. При пальпации определить расположение и болезненность бляшки, её смещаемость, связь с кожей и уретрой, а также провести пальпацию на всем доступном протяжении кавернозных тел. Измерить длину растянутого полового члена от пенопубикального угла до верхушки головки. УУР С, УДД 4.
4. Зафиксировать деформацию фотографиями при эрекции: вид сверху, спереди и сбоку. Это может выполнить пациент дома; фотографии нужны для оценки направления и выраженности искривления. УУР В, УДД 3.
5. При невозможности получить фотографии при полной эрекции, наличии жалоб на эректильную дисфункцию или невозможности достичь полной эрекции выполнить допплерографию сосудов полового члена с однократным интракавернозным введением алпростадила 10 мкг. УУР В, УДД 3.
6. Для оценки сосудистого компонента эректильной дисфункции совмещать интракавернозный тест с допплерографией. До введения алпростадила оценить признаки кавернозного фиброза в серошкальном режиме; исследование проводить не менее 20–25 минут или до максимальной эрекции. УУР С, УДД 3.
7. Не выполнять рутинно УЗИ, КТ и МРТ. УЗИ полового члена допустимо при подозрении на кавернозный фиброз или если пальпация не позволяет уверенно установить диагноз. УУР В, УДД 3.

Лечение

- В острой фазе при боли назначать нестероидные противовоспалительные и противоревматические препараты. УУР В, УДД 5.

- При сопутствующей эректильной дисфункции в острой фазе применять ингибиторы ФДЭ-5; они могут повысить ригидность, облегчить половой акт и функционально уменьшить выраженность искривления. УУР B, УДД 2.
- Ударно-волновая терапия может уменьшать симптоматику в острой фазе, но её эффективность ограничена и уменьшения искривления ожидать не следует ни в острой, ни в стабильной фазе. УУР A, УДД 1.
- Тракционная терапия может улучшать эректильную функцию и помогать сохранять длину полового члена; стандартизированного режима нет, а эффективность при деформации по типу «песочные часы», «шарнирном» искривлении и кальцифицированных бляшках не установлена. УУР B, УДД 2.
- Не применять тамоксифен для модификации течения болезни, а также не назначать витамин E, физиотерапию, включая электрофорез, и инъекции непосредственно в бляшку. Уровень для тамоксифена: УУР A, УДД 1; для физиотерапии и инъекционной терапии: УУР B, УДД 2.
- В стабильной фазе предлагать операцию при значимом искривлении, мешающем половой жизни; обычно речь идёт об угле более 30°, но значение имеет и направление деформации, особенно вентральное. УУР C, УДД 5.
- Рекомендуется выполнять пликационную корпоропластику пациентам, имеющим достаточную для полового акта длину полового члена; при сохранной эректильной функции и желании сохранить длину рекомендуется аугментационная корпоропластика, однако следует учитывать высокий риск снижения эректильной функции после операции. УУР C, УДД 4.
- При эректильной дисфункции, устойчивой к консервативному лечению, рекомендуется устанавливать полужёсткий или трёхкомпонентный пенильный имплант; при сложной деформации также рекомендуется установка протеза. Остаточное искривление корректируют моделированием, пликацией или графтингом. УУР C, УДД 3–4.

Когда направить и как наблюдать

- Госпитализация показана при планировании оперативного вмешательства.
- После операции выписка возможна при отсутствии гематомы, несостоятельности раны и гнойно-инфекционных осложнений.
- После интракавернозного введения алпростадила следует рекомендовать пациенту обратиться к врачу-урологу, если эрекция сохраняется через 3 часа, из-за риска приапизма.

Частые вопросы

Как подтвердить болезнь Пейрони?

Основные критерии — пальпируемое уплотнение белочной оболочки и искривление полового члена. При диагностике проводят физикальный осмотр, сбор анамнеза и инструментальные исследования; фотофиксация и допплерография применяются в предусмотренных рекомендацией случаях.

Как определить, что болезнь перешла в стабильную фазу?

Стабильной считается фаза, при которой боль и степень искривления не меняются в течение 3 месяцев. Боль при сильной эрекции при этом может сохраняться.

Нужно ли делать УЗИ или МРТ всем пациентам?

Нет, рутинное УЗИ, КТ и МРТ не рекомендуются. УЗИ можно использовать при подозрении на кавернозный фиброз или при неопределённых результатах пальпации.

Когда переходить к хирургическому лечению?

Операцию предлагают в стабильной фазе, если искривление мешает половой жизни; обычно значимым считают угол более 30°, но важны также направление деформации и её функциональные последствия.

Как выбрать между пликацией, графтингом и пенильным имплантом?

Пликационную корпоропластику рекомендуют при достаточной для полового акта длине полового члена; она меньше нарушает эректильную функцию, чем заместительная пластика белочной оболочки. При сохранной эректильной функции и желании сохранить длину рекомендуют аугментационную корпоропластику, но следует учитывать высокий риск снижения эректильной функции после операции. При резистентной к лечению

эректильной дисфункции устанавливают пенильный имплант; при сложной деформации пликационная корпоропластика не рекомендуется, поскольку она не устраняет деформацию.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/1067-bolezn-pejroni. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/1067_1