

**ГОСУДАРСТВЕННАЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫСШЕГО
ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ «ДОНЕЦКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ М. ГОРЬКОГО»
КАФЕДРА УРОЛОГИИ**

ИНДЕКСУ ОССИФИКАЦИИ ДВАДЦАТЬ ЛЕТ

Ю.Ю. Малинин, С.Г. Ермилов, Г.И. Ермилов, Г.Ю. Малинин, Э.В. Шапаренко

•

Болезнь Пейрони (БП) — это заболевание соединительной ткани, в основе которого лежит фиброзное поражение полового члена с образованием бляшек в белочной оболочке.

АКТУАЛЬНОСТЬ

Для успешного лечения заболевания крайне важно правильно оценить лечебную тактику. Подходы к лечению должны быть индивидуализированы и учитывать анамнез заболевания, физикальные данные, состояние эректильной функции, цели и ожидания пациента

(Miner M.M., Seftel A.D. Peyronie's disease: epidemiology, diagnosis, and management. Curr. Med. Res. Opin. 2014; 30 (1): 113–120.)

Выбор метода лечения БП (консервативного или хирургического) осуществляется в зависимости от стадии патологического процесса, при этом одной из основных проблем диагностики является отсутствие безопасных методик детализации структуры патологического очага с целью идентификации характера происходящих в нём патологических процессов

«ABV-press»: 2012. 216.)

(Bolezn' Pejroni / Pod red. prof. P.A. Shhepleva. M.: ID

АКТУАЛЬНОСТЬ

Большую значимость в определении тактики лечения БП имеет степень кальцификации фиброзных бляшек. Так, при обширной кальцификации, оперативное лечение может быть показано даже при нестабильном течении БП, в связи с тем, что консервативная терапия часто не приводит к стабилизации болезни.

Povelica Je.A., Doroshevich R.V., Dosta N.I., Parhomenko O.V. Korporoplastika pri bolezni Pejroni s ispol'zovaniem ksenografta i sinteticheskogo grafta. Andrologija i genital'naja hirurgija. 2019; 20(2): 48–55.

Таким образом, несмотря на значительное разнообразие методик до настоящего времени результаты лечения БП не всегда удовлетворяют, что побуждает к поиску более результативных критериев диагностики и, соответственно, методов лечения БП.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Улучшить результаты лечения пациентов с болезнью Пейрони

ДИЗАЙН ИССЛЕДОВАНИЯ

Проанализированы результаты лечения 215 больных, в возрасте от 42 до 73 лет, за период с 2000 г. по 2020 г., которые находились на лечении или обследовались в клинике урологии ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького» по поводу болезни Пейрони.

ДИЗАЙН ИССЛЕДОВАНИЯ

Двадцать лет назад в клинике урологии был разработан и внедрен в клиническую практику интегральный показатель – индекс оссификации (ИО) фибропластической бляшки, который позволяет определять с высокой достоверностью оптимальный метод лечения БП (консервативный или хирургический) в зависимости от стадии заболевания: стабилизации процесса и стадии склерогиалиноза.

ДИЗАЙН ИССЛЕДОВАНИЯ

Индекс оссификации – это соотношение площади кальцифицированной или оссифицированной части фиброзной бляшки к общей её площади. Общую площадь фиброзной бляшки определяли пальпаторно и при помощи ультразвукового исследования.

Для определения площади оссифицированной части фиброзной бляшки – использовали метод ультразвукового сканирования.

ДИЗАЙН ИССЛЕДОВАНИЯ

Для расчёта величины индекса оссификации использовалась формула: $ИО = S1/S2$,

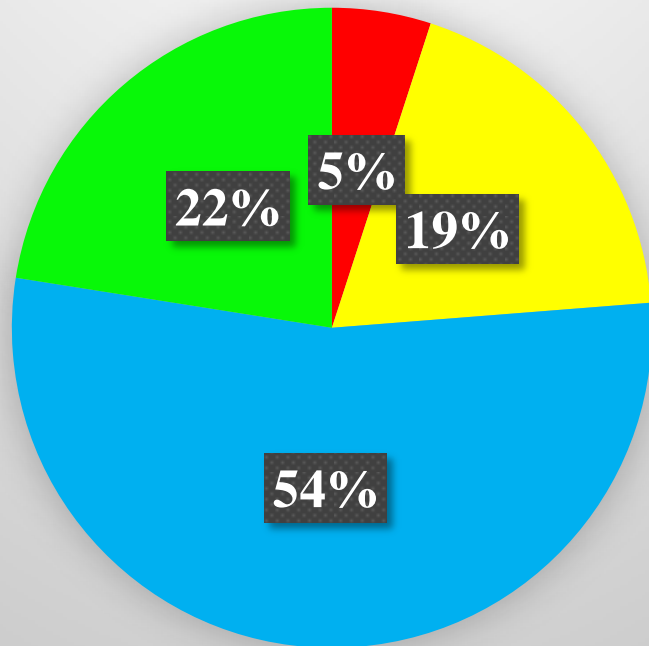
где: ИО – индекс оссификации, $S1$ – площадь кальцифицированной части фиброзной бляшки, а $S2$ – общая площадь фиброзной бляшки.

Принимая во внимание, что фиброзная бляшка часто имеет форму эллипса, то при расчете её площади использовали формулу: $S = \pi Rr$,

где: S – площадь фиброзной бляшки, $\pi = 3,14$, R – большая полуось фиброзной бляшки и r – малая полуось фиброзной бляшки.

ДИЗАЙН ИССЛЕДОВАНИЯ

Распределение пациентов по возрасту



■ 29-39 лет ■ 39-49 лет
■ 49-59 лет ■ 59-69 лет

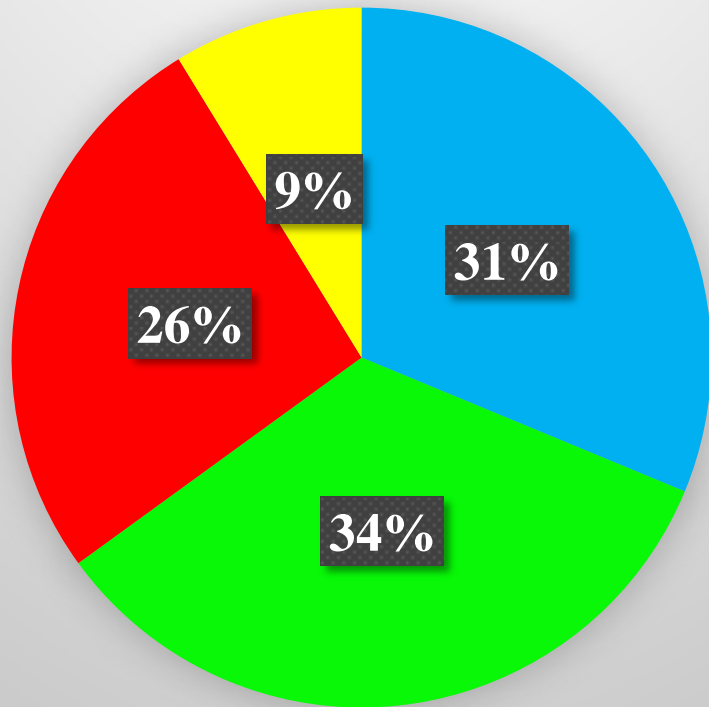
Длительность симптомов до обращения



■ 6-11 мес ■ 12-23 мес
■ 24-36 мес ■ 36-69 мес

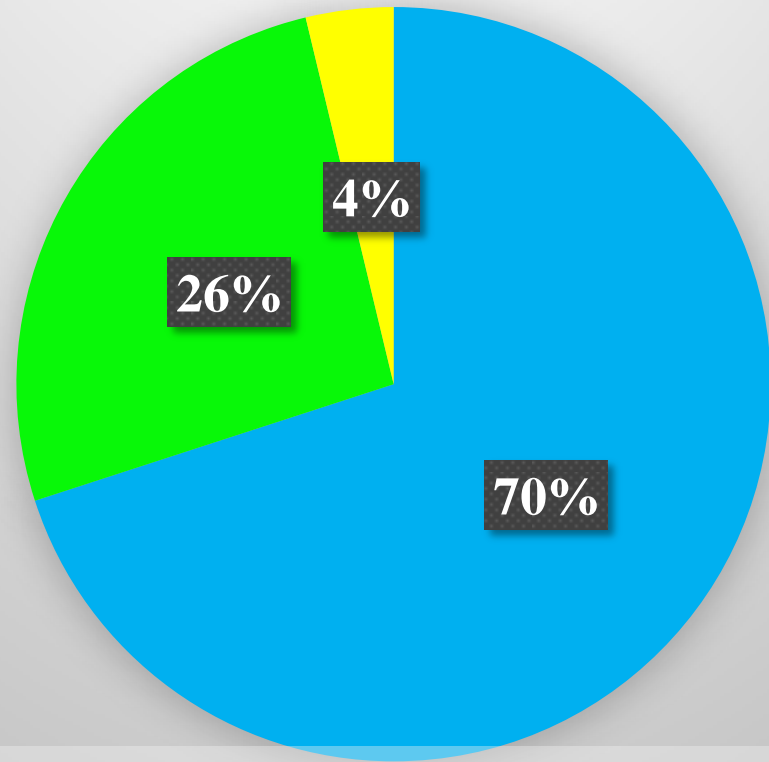
ДИЗАЙН ИССЛЕДОВАНИЯ

Локализация фиброзных бляшек относительно оси ПЧ



- Проксимальная треть
- Средняя треть
- Дистальная треть
- Смешанная

Локализация фиброзных бляшек относительно поверхности ПЧ



- Дорсальная
- Латеральная
- Вентральная

ДИЗАЙН ИССЛЕДОВАНИЯ

Выбор метода лечения основывался на данных доплерографии (определялась площадь фиброзной бляшки и кровотоков кавернозных тел), определения ИО, учете симптомов, характеризующих БП: боль в области уплотнения белочной оболочки ПЧ, наличие и степень девиации ПЧ, возможности интродекции.

Все пациенты, обратившиеся в клинику с жалобами на боль, независимо от размеров фиброзной бляшки и ИО, в течение трёх месяцев получали консервативную терапию (колхицин по 1,2 мг в сутки, тамоксифен по 40 мг в сутки, токоферола ацетат 300 мг в сутки).

ДИЗАЙН ИССЛЕДОВАНИЯ

В случаях неэффективности консервативной терапии последующем, на основании жалоб и данных ИО определялась дальнейшая тактика лечения.

Хирургическое лечение по поводу девиации полового члена было проведено 80 пациентам (37,2%).

ДИЗАЙН ИССЛЕДОВАНИЯ

Распределение 80 пациентов в зависимости от вида хирургического лечения и материала, использованного для корпоропластики



ДИЗАЙН ИССЛЕДОВАНИЯ

Предметом морфологического изучения послужили кусочки белочной оболочки и кавернозной ткани полового члена при болезни Пейрони, взятые интраоперационно.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Период наблюдения за пациентами составил от 9 до 36 месяцев.

У 135 (62,8%) больных проведенная консервативная терапия была эффективной:

- исчезла болезненности в области уплотнения белочной оболочки;
- уменьшился угол девиации полового члена (или полностью устранился);
- улучшился кровотока в кавернозных телах (по данным доплерографии);
- уменьшилась величина показателя ИО.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Период наблюдения за пациентами составил от 9 до 36 месяцев.

У 80 (37,2%) больных консервативная терапия была не эффективна. Сохранялась выраженная девиация полового члена и отмечалось увеличение показателя ИО больше 0,35.

Этим пациентам была проведена хирургическая коррекция эректильной девиации.

Критериями хороших результатов хирургического лечения были:

- уменьшение девиации пениса менее 15° ;
- достаточная для интромиссии ригидность пениса без использования вазоактивных средств.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Ценность использования интегрального показателя индекса оссификации нашла свое подтверждение при гистологическом исследовании фиброзных бляшек:

- при ИО менее 0,35 – в фиброзной бляшке всегда описывалась стадия воспаления;
- при ИО более 0,35 – стадия фиброза-гиалиноза.

ВЫВОДЫ

Более широкое использование в клинической урологии интегрального показателя индекса оссификации фибропластических бляшек, позволит осуществлять дифференцированный подход при лечении пациентов с болезнью Пейрони.

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ