

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ ПЕЙРОНИ

[С.М. Калыбаев, А.А. Еркович](#)

*ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет»
Минздравсоцразвития России (г. Новосибирск)*

Цель: исследование клинического состояния пациентов с болезнью Пейрони (БП) для оценки эффективности разных методов лечения. **Материал и методы исследования:** клиническое обследование, УЗИ и анкетирование МИЭФ-5 101-го больного БП до и после консервативного и хирургического лечения. **Результаты исследования:** установлено, что консервативная терапия эффективна при лечении больных при воспалительной (острой) стадии БП. При выраженных фибротических изменениях полового члена (ПЧ) (стадия стабилизации БП) проводилось оперативное лечение, в ходе которого была устранена грубая деформация ПЧ с сохранением функциональной длины ПЧ. **Выводы:** выбор консервативного или хирургического лечения больных БП необходимо производить в зависимости от стадии патологического процесса.

Ключевые слова: болезнь Пейрони, половой член, эректильная дисфункция, фиброз, воспаление.

Калыбаев Сергей Млытхбаевич — аспирант кафедры урологии ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет», рабочий телефон: 8 (383) 338-89-77, e-mail: unio84@mail.ru

Еркович Андрей Анатольевич — доктор медицинских наук, заведующий кафедрой урологии ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет», рабочий телефон: 8 (383) 338-89-77, e-mail: erkovich31@mail.ru

Введение. На современном этапе развития медицины одной из нерешенных проблем в области урологии является болезнь Пейрони (БП). БП — это доброкачественное медленно прогрессирующее заболевание неизвестной этиологии, характеризующееся образованием идиопатических фиброзных бляшек на белочной оболочке полового члена (ПЧ), что приводит к болям, искривлению ПЧ и в результате к невозможности проведения полноценного полового акта [2, 3]. Распространенность БП среди урологических патологий, по данным отечественных авторов, составляет 0,4 % [4], а, по данным зарубежных авторов, до 3 % [10]. Несмотря на успехи, достигнутые в понимании отдельных механизмов патогенеза БП, терапия этого заболевания остается одной из самых сложных и противоречивых проблем современной урологии [7]. Многие авторы считают, что характер предпринимаемых мероприятий должен быть согласован со стадией заболевания [1, 5].

В связи с этим, *целью настоящего исследования* явилось исследование клинического состояния пациентов с БП для оценки эффективности разных методов лечения.

Материал и методы исследования. Всего был обследован 101 пациент с БП, проходивший обследование и лечение в урологическом отделении ФГБУЗ «СОМЦ ФМБА России» и ООО «УРОМЕДЦЕНТР» за период с 2006 по 2011 год. Возраст больных варьировал от 25 до 75 лет и в среднем составил $52,7 \pm 1,45$ года. Все пациенты в зависимости от клинического состояния заболевания были разделены на 4 группы: I группа — 16 пациентов с бессимптомным течением БП; II группа — 11 больных с выраженной болевой симптоматикой; III группа — 53 больных БП без эректильной дисфункции (ЭД); IV группа — 21 больной БП с ЭД. Для сравнительной оценки сексуального здоровья в качестве контрольной группы было проведено анкетирование 15-ти здоровых мужчин в возрасте от 27 до 63 лет с помощью анкеты МИЭФ-5.

Все обследованные лица были включены в исследование с их информированного согласия с соблюдением требований Хельсинской декларации 1975 года.

Всем больным на начальном этапе было проведено комплексное обследование и стандартная консервативная терапия с включением физиотерапии и метода локального отрицательного давления. 80-ти больным из групп I–III было проведено консервативное лечение, а пациентам IV группы было проведено оперативное лечение (корпоропластика). Все обследования проводили в момент поступления в стационар и через 30 сут после лечения.

Всем пациентам проводили УЗИ ПЧ. При проведении УЗИ ПЧ оценивали эхоструктуру пещеристой ткани и склеротической бляшки, отношение последней к кавернозному телу. У этих же пациентов проводилась пальпация ПЧ и склеротической бляшки. Определялись локализация и размеры склеротической бляшки и степень её плотности.

Степень эректильной деформации ПЧ изучалась при измерении угла отклонения ствола ПЧ от осевой линии во время эрекции. Субъективную оценку сексуального здоровья пациентов проводили с помощью анкеты МИЭФ-5 (международный индекс эректильной функции), согласно которой суммарное количество набранных баллов ниже 21-го соответствует признаку нарушения эректильной функции. До и после лечения пациенты заполняли модифицированную анкету МИЭФ-5, которая включала помимо основных вопросов дополнительные: а) жалобы, сохраняющиеся после лечения; б) искривление ПЧ во время эрекции (1 балл); наличие боли в ПЧ во время эрекции (2 балла); уплотнение на ПЧ (3 балла); снижение эрекции (4 балла); в) удовлетворенность результатом лечения: да (1 балл); нет (2 балла), не совсем (3 балла).

Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью пакета программ Stat Soft Statistica 6.0. Для сравнения групп применяли параметрический (t-критерий Стьюдента) метод статистической обработки. Данные считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение. При пальпации ПЧ размеры склеротической бляшки у большинства пациентов I–III группы колебались в пределах 1–3 мм. В то же время у большинства (66,7 %) больных IV группы размеры склеротической бляшки были более 3 мм — от 3,3 до 5,7 мм. При этом у большинства пациентов I–III группы степень эректильной деформации ПЧ при измерении угла отклонения его ствола от осевой линии была в пределах 30–40°. У 71,4 % больных IV группы угол отклонения ствола ПЧ от его осевой линии во время эрекции был в пределах 40–60° (табл. 1). О сморщивании и укорочении ствола ПЧ в ходе беседы с пациентами сообщили 7 (13,2 %) и 12 (57,1 %)

больных III и IV группы, которые также отметили, что это явилось одной из причин неудовлетворённости половым актом, в том числе и со стороны партнёрши.

После лечения практически у всех больных I–II группы склеротические бляшки и признаки деформации ПЧ больных БП практически отсутствовали. В то же время у семи (13,2 %) пациентов III группы остались склеротические бляшки размером 1–3 мм, а у четырех (7,5 %) — сохранялась деформация ПЧ, у которых угол отклонения от ствола его осевой линии во время эрекции был 30–40°. У двух (9,5 %) пациентов IV группы после хирургического лечения также были выявлены склеротические бляшки размером 1–3 мм и деформация ПЧ (30–40°) (табл. 1).

Таблица 1

Размеры склеротической бляшки и угол деформации ПЧ больных БП разных групп до и после соответствующего лечения

Группы больных	Лечение	Размеры склеротической бляшки		Угол деформации ПЧ	
		1–3 мм	>3 мм	30–40°	>40°
I (16)	До	12 (75 %)	4 (25 %)	10 (62,5 %)	6 (37,5 %)
	После	2 (12,5 %)	—	2 (12,5 %)	—
II (11)	До	8 (72,7 %)	3 (27,3 %)	6 (54,5 %)	5 (45,5 %)
	После	1 (9,1 %)	—	2 (18,2 %)	—
III (53)	До	38 (71,7 %)	15 (28,3 %)	41 (77,4 %)	12 (22,6 %)
	После	7 (13,2 %)	—	4 (7,5 %)	—
IV (21)	До	7 (32,3 %)	14 (66,7 %)	6 (28,6 %)	15 (71,4 %)
	После	2 (9,5 %)	—	2 (9,5 %)	—

При УЗИ характер поражения белочной оболочки ПЧ больных БП варьировал от утолщения белочной оболочки с повышением ее эхогенности практически у всех обследованных пациентов, до формирования гиперэхогенной бляшки — у 12-ти пациентов из группы III и 19-ти — из группы IV. Множественные бляшки с данными признаками были выявлены у 13-ти мужчин IV группы, одиночные — у семи — в группе III и у шести — в группе IV. У восьми пациентов IV группы поражение белочной оболочки определялось в области межкавернозной перегородки. При этом протяженность поражения белочной оболочки ПЧ больных варьировала от 0,7 до 5 см.

Результаты субъективной оценки сексуального здоровья пациентов разных групп до и после лечения представлены в табл. 2. Результаты анкетирования больных в момент их поступления в стационар показали, что большинство пациентов I–III групп позитивно оценивали свой сексуальный потенциал. В то же время 16 (76,2 %) больных IV группы дали низкую оценку своего сексуального здоровья. Из них у 10-ти (47,6 %) больных сумма баллов МИЭФ-5 соответствовала умеренной, у шести (28,6 %) — значительной эректильной дисфункции (ЭД) (табл. 2).

После лечения сумма баллов, набранных при анкетировании МИЭФ-5 у больных I–III групп, была выше, чем до лечения, что свидетельствовало о положительном эффекте проведенной терапии. После лечения, судя по результатам анкетирования МИЭФ-5, 14 (66,7 %) больных IV группы набрали сумму баллов, соответствующих отсутствию ЭД. В то же время 5 (23,8 %) больных данной группы набрали баллы, соответствующие легкой, а 2 (9,5 %) — значительной степени ЭД (табл. 2).

Результаты настоящего исследования выявили существенные различия в клинических проявлениях БП у больных разных групп. Также выявлена зависимость сексуального здоровья пациентов от выраженности склеротических изменений ПЧ.

Таблица 2

Результаты субъективной оценки сексуального здоровья пациентов разных групп с помощью анкеты МИЭФ-5 до и после соответствующего лечения ($M \pm m$)

Группы больных	Лечение	Σ_{cp}	Абсолютное и относительное число больных			
			0 (21–25)	1 (16–20)	2 (11–15)	3 (5–10)
I (16)	До	20,7 ± 2,1	12 (75 %)	4 (25 %)	—	—
	После	21,3 ± 1,7	15 (93,8 %)	1 (6,2 %)	—	—
II (11)	До	18,7 ± 2,4	8 (72,7 %)	3 (27,3 %)	—	—
	После	22,1 ± 2,5	10 (90,9 %)	1 (9,1 %)	—	—
III (53)	До	18,3 ± 2,7	42 (79,2 %)	7 (13,2 %)	4 (7,3 %)	—
	После	21,2 ± 1,3	47 (88,7 %)	5 (9,4 %)	1 (1,9 %)	—
IV (21)	До	12,2 ± 2,6*	—	5 (23,8 %)	10 (47,6 %)	6 (28,6 %)
	После	18,8 ± 1,8X	14 (66,7 %)	5 (23,8 %)	2 (9,5 %)	—
Здоровые (15)		22,4 ± 1,1	12 (80 %)	3 (20 %)	—	—

Примечание: Σ_{cp} — средняя сумма баллов; 0 — отсутствие; 1 — легкая; 2 — умеренная и 3 — значительная ЭД; * — достоверные различия по сравнению с данными здоровых мужчин и X — по сравнению с соответствующими результатами до лечения ($p < 0,05$)

В настоящее время в течении БП выделяют две стадии, от которых зависит характер предпринимаемых лечебных мероприятий: воспалительная (острая) стадия (или стадия терапевтических интересов) и стадия стабилизации (или стадия хирургических интересов) [5]. Выявленные различия в клинических проявлениях БП у больных разных групп, вероятно, связаны с тем, что патологический процесс у этих пациентов находится в разной стадии развития. Однако не всегда удается точно установить завершение воспалительной стадии, что значительно усложняет выбор адекватной схемы лечения [6].

Консервативная терапия БП в настоящее время показана при острой стадии заболевания, которая, по некоторым данным, длится от 6 до 18 месяцев [9]. Терапия, проводимая в хронической стадии или стадии стабилизации процесса, в особенности, когда имеются признаки кальциноза бляшки, признана неэффективной. Основная цель терапии направлена на остановку воспалительного процесса и максимального сохранения белочной оболочки от поражения индуративным процессом и на купирование болевого синдрома, возникающего во время эрекции [8].

Таким образом, нами были проведены лечебные мероприятия, учитывающие стадии патологического процесса. Терапия больных I–III групп была направлена на купирование тканевой асептической воспалительной реакции с аутоиммунным компонентом и снижение активности фиброгенеза, для которого в схему лечения дополнительно включали физиотерапевтические факторы, а также использовалась дозированная тракционная терапия. Все это в комплексе привело к таким позитивным изменениям как устранение деформации ПЧ и значительный рост сексуального потенциала пациентов. Пациентам IV группы проводилось оперативное лечение, в ходе которого была устранена грубая

деформация ПЧ с сохранением функциональной длины ПЧ. Эффективность хирургического лечения была высоко оценена пациентами: в 90 % случаев полностью восстановлена сексуальная активность.

Выводы. Выбор консервативного или хирургического лечения больных БП необходимо производить в зависимости от стадии патологического процесса. Эффективность консервативной терапии выше при лечении больных на ранней (воспалительной) стадии БП, а на поздней (фибротической) — показано хирургическое лечение. В случае возникновения болезни целесообразно назначать максимально раннюю общую и локальную терапию с учетом стадии заболевания.

Список литературы

1. Гажонова В. Е. Возможности УЗ-ангиографии в мониторинге консервативного лечения болезни Пейрони / В. Е. Гажонова, Л. П. Иванченко, Е. Б. Мазо [и др.] // Мед. визуализация. — 2006. — № 1. — С. 74–81.
2. Лопаткин Н. А. Урология / Н. А. Лопаткин. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. — 368 с.
3. Мазо Е. Б. Магнитно-резонансная томография в диагностике болезни Пейрони / Е. Б. Мазо, М. А. Шария, Л. П. Иванченко // Мед. визуализация. — 2006. — № 3. — С. 94–99.
4. Неймарк А. И. Применение экстракорпоральной ударно-волновой терапии в лечении болезни Пейрони / А. И. Неймарк, Ю. И. Астахов, М. В. Сидор // Урология. — 2004. — № 2. — С. 33–35.
5. Неймарк Б. А. Исследование микроциркуляции в тканях полового члена с помощью лазерной доплеровской флоуметрии при болезни Пейрони / Б. А. Неймарк, Е. В. Бесклубова // Казан. мед. журн. — 2011. — Т. 92, № 4. — С. 513–516.
6. Тарасов Н. И. Болезнь Пейрони. Диагностика и лечение / Н. И. Тарасов, В. Ф. Бавильский, О. Ф. Плаксин. — Челябинск : АБРИС, 2010. — 112 с.
7. Bivalacqua T. J. Peyronie's disease : Advances in basic science and pathophysiology / T. J. Bivalacqua, S. K. Purohit, W. J. Hellstrom // Curr. Urol. Rep. — 2000. — Vol. 1 (4). — P. 297-301.
8. Hauck E. W. Konservative Therapie der Induratio penis plastica / E. W. Hauck, I. Schroeder-Printzen, W. Weidner // Aktuel. Urol. — 2001. — Vol. 32. — P. 44–47.
9. Lue T. F. Peyronie's disease / T. F. Lue, M. K. Gelbard, G. Gueglio [et al.] // In : Erectile dysfunction. First International Consultation on Erectile Dysfunction / A. Jardin [et al.] editor. — Plymouth, United Kingdom : Plymbridge Distributors. — 2000. — P. 439–476.
10. Zimmermann P. R. Significant alterations of serum cytokine levels in patients with Peyronie's disease / P. R. Zimmermann [et al.] // Int. Braz. J. Urol. — 2008. — Vol. 34, N 4. — P. 457–466.

ASSESSMENT OF TREATMENT EFFICIENCY AT PATIENTS WITH PEYRONI'S DISEASE

S.M. Kalybaev, A.A. Erkovich

*SEI HPE «Novosibirsk State Medical Kalybaev University Minhealthsocdevelopment»
(Novosibirsk c.)*

Purpose: research of clinical condition of patients with Peyronie's disease (PD) for assessment of efficiency of different treatment methods. *Material and research methods:* clinical inspection, US and questioning MIEF-5 of the 101 patients with BP before conservative and surgical treatment. *Results of research:* it is established that conservative therapy is effective at treatment of patients with inflammatory (acute) stage of PD. At the expressed fibrotic changes of penis (FCP) (stage of stabilization of PD) the operative treatment was carried out during which rasping deformation of FCP with conservation of functional length of FCP was eliminated. *Conclusions:* the choice of conservative or surgical treatment of patients with PD is necessary for making depending on stage of pathological process.

Keywords: Peyronie's disease, penis, erectile dysfunction, fibrosis, inflammation.

About authors:

Kalybaev Sergey Mltkhbaevich — postgraduate student of urology chair at SEI HPE «Novosibirsk State Medical University Minhealthsocdevelopment», office number: 8 (383) 338-89-77, e-mail: unio84@mail.ru

Erkovich Andrey Anatolievich — doctor of medical sciences, head of urology chair at SEI HPE «Novosibirsk State Medical University Minhealthsocdevelopment», office number: 8 (383) 338-89-77, e-mail: erkovich31@mail.ru

List of the Literature:

1. Gazhonova V. E. Possibilities of US angiographies in monitoring of conservative treatment of Peyronie's disease / V. E. Gazhonov, L. P. Ivanchenko, E. B. Mazo [etc.] // Medical visualization. — 2006. — № 1. — P. 74-81.
2. Lopatkin N. A. Urology / N. A. Lopatkin. — M: GEOTAR-media, 2007. — 368 P.
3. Mazo E. B. Magnetic and resonant tomography in diagnostics of Peyronie's disease / E. B. Mazo, M. A. Shariya, L. P. Ivanchenko // Medical visualization. — 2006. — № 3. — P. 94-99.
4. Neymark A. I. Application of extracorporal shock and wave therapy in treatment of Peyronie's disease / A. I. Neymark, Y. I. Astakhov, M. V. Sidor // Urology. — 2004. — № 2. — P. 33-35.
5. Neymark B. A. Microcirculation research in penis tissues by means of laser Doppler flowmetry at Peyronie's disease / B. A. Neymark, E. V. Besklubova // Kazan. medical jour. — 2011. — V. 92, № 4. — P. 513-516.
6. Tarasov N. I. Peyronie's disease. Diagnostics and treatment / N. I. Tarasov, V. F. Bavlitsky, O. F. Plaksin. — Chelyabinsk: ABRIS, 2010. — 112 P.

7. Bivalacqua T. J. Peyronie's disease : Advances in basic science and pathophysiology / T. J. Bivalacqua, S. K. Purohit, W. J. Hellstrom // *Curr. Urol. Rep.* — 2000. — Vol. 1 (4). — P. 297-301.
8. Hauck E. W. Konservative Therapie der Induratio penis plastica / E. W. Hauck, I. Schroeder-Printzen, W. Weidner // *Aktuel. Urol.* — 2001. — Vol. 32. — P. 44-47.
9. Lue T. F. Peyronie's disease / T. F. Lue, M. K. Gelbard, G. Gueglio [et al.] // In : *Erectile dysfunction. First International Consultation on Erectile Dysfunction* / A. Jardin [et al.] editor. — Plymouth, United Kingdom : Plymbridge Distributors. — 2000. — P. 439-476.
10. Zimmermann P. R. Significant alterations of serum cytokine levels in patients with Peyronie's disease / P. R. Zimmermann [et al.] // *Int. Braz. J. Urol.* — 2008. — Vol. 34, N 4.— P. 457-466.