

13. *Dubaniewicz A., Lewko B., Moszkowska G., Zamorska B., Stepinski J.* Molecular subtypes of the HLA-DR antigens in pulmonary tuberculosis // *Int. J. Infect. Dis.* – 2000. – Vol. 4 (3). – P. 129–133.

14. *Hohjoh H., Terada N., Honda Y., Juji T., Tokunaga K.* Negative association of the HLA-DRB1*1502-DQB1*0601 haplotype with human narcolepsy // *Immunogenetics.* – 2001. – Vol. 52. – P. 299–301.

15. *Krętownski A., Kinalska I.* DQA1 and DQB1 HLA genes as markers of insulin-dependent diabetes mellitus in the Polish population // *Pol. Arch. Med. Wewn.* – 1999. – Vol. 101. – P. 205–211.

16. *Kropshofer H., Hämmerling G. J., Vogt A. B.* How HLA-DM edits the MHC class II peptide repertoire: survival of the fittest? // *Immunology Today.* – February 1997. – Volume 18, Issue 2. – P. 77–82.

17. *Lamm L. U., Peterson G. B.* The HLA linkage group // *Transplant. Proc.* – 1979 – Vol. 11. № 4. – P. 1962–1969.

18. *Lund O., Nielsen M., Kesmir C.* et al. Definition of supertypes for HLA molecules using clustering of specificity matrices // *Immunogenetics.* – 2004, Mar. – Vol. 55 (12). – P. 797–810.

19. *Mosyak L., Zaller D. M. and Wiley D. C.* The Structure of HLA-DM, the Peptide Exchange Enzyme that Loads Antigen onto Class II MHC Molecules During Antigen Presentation // *Immunity.* – 1998. – Vol. 9. – P. 377–383.

20. *Pashine A., Busch R., Belmares M. P., Munning J. N., Doebele R. C., Buckingham M., Nolan G. P., Mellins E. D.* Interaction of HLA-DR with an acidic face of HLA-DM disrupts sequence-dependent interactions with peptides // *Immunity.* – 2003, Aug. – Vol. 19 (2). – P. 183–192.

21. *Rosenberg S. A., Yang J. C., White D. E.* et al. Durability of complete responses in patients with metastatic cancer treated with high

dose interleukin-2: identification of the antigens mediating response // *Ann Surg.* – 1998. – V. 228. – P. 307.

22. *Shenker M., Hummel M., Ferber K.* et al. Early expression and high prevalence of islet autoantibodies for DR 3/4 heterozygotes and DR 4/4 homozygous offspring of parents with type I diabetes: the German BABYDIAB study // *Diabetologia.* – 1999. – Vol. 42. – P. 671.

23. *Soborg C., Andersen A. B., Madsen H. O., Kok-Jensen A., Skinhoj P., Garred P.* Natural Resistance-Associated Macrophage Protein 1 Polymorphisms Are Associated with Microscopy-Positive // *Tuberculosis Journal of Infectious Diseases.* – 2002. – Vol. 186. – P. 517–521.

24. *Thorsby E.* Invited anniversary review: HLA associated diseases // *Hum. Immunol.* – 1997. – Vol. 53 (1). – P. 1–11.

25. *Tiberti C., Buzzetti R., Anastasi E., Dotta F., Vasta M., Petrone A., Cervoni M., Torresi P., Vecci E., Multari G., Di Mario U.* Autoantibody negative new onset type 1 diabetic patients lacking high risk HLA alleles in a Caucasian population: are these type 1b diabetes cases? // *Diabetes Metab. Res. Rev.* – 2000. – Vol. 16 (1). – P. 8–14.

26. *Wang F. S.* Current status and prospects of studies on human genetic alleles associated with hepatitis B virus infection // *World J. Gastroenterol.* – 2003. – Vol. 9 (4). – P. 641–644.

27. *Zinkernagel R. M., Doherty P. C.* Immunological surveillance against altered self components by sensitized T lymphocytes in lymphocytic choriomeningitis // *Nature.* – 1974. – Vol. 251. – P. 547–548.

Поступила 27.08.2009

**Г. И. ТАРУАШВИЛИ, Г. К. КАРИПИДИ, С. В. ТИЛИКИН, С. И. КОНОНЕНКО,
В. К. ТИБИЛОВ, Н. В. ТЕРСЕНОВ, Е. В. МОШКОВ, А. Г. ГИШЕВ**

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ОДНОСТОРОННЕГО НЕПОЛНОГО ИНТРАКАВЕРНОЗНОГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ ПЕЙРОНИ С СОХРАНЕННОЙ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ФУНКЦИЕЙ

*Кафедра госпитальной хирургии с курсом урологии
Кубанского государственного медицинского университета,
Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4, тел. 8 (861)2615203*

Анализ отдалённых результатов показал, что одностороннее неполное интракавернозное протезирование устраняет эректильную деформацию у пациентов с болезнью Пейрони. Предложенный метод одностороннего неполного проксимального интракавернозного протезирования способствует восстановлению вполне удовлетворительного полового акта у пациентов с болезнью Пейрони с сохранённой эректильной функцией.

Ключевые слова: болезнь Пейрони, одностороннее неполное интракавернозное протезирование.

**G. I. TARUASHVILI, G. K. KARIPIDI, S. V. TILIKIN, S. I. KONONENKO, V. K. TIBILOV,
N. V. TERSENOV, E. V. MOSHKOV, A. G. GISHEV**

**POSTOPERATIVE RESULTS OF TWO METHODS OF UNILATERAL INCOMPLETE INTRACAVERNOSAL
PROSTHESIS BY PATIENTS WITH PEYRONIE'S DISEASE**

*Chair of hospital surgery with urology course of Kuban State Medical University,
Russia, 350063, Krasnodar, Sedin str., 4, tel. 8 (861) 2615203*

Analysis of tardive results showed, that unilateral incomplete intracavernosal prosthesis eliminates erectile deformity in patients with Peyronie's disease. The proposed method of unilateral incomplete proximal intracavernosal prosthesis helps to restore fully satisfactory sexual intercourse by patients with Peyronie's disease with preserved erectile function.

Content words: Peyronie's disease, unilateral incomplete intracavernosal prosthesis.

Введение

Лечение болезни Пейрони (БП) представляет достаточно сложную и не до конца решённую проблему. Пликация белочной оболочки, иссечение склероза с последующей корпоропластикой, являющиеся в настоящее время методами выбора при хирургическом лечении БП с сохранённой эректильной функцией (ЭФ), в значительном проценте случаев сопровождаются укорочением полового члена (ПЧ), рецидивом эректильной деформации, развитием эректильной дисфункции (ЭД). В статье В. А. Королёвой и соавт. [1] сообщаются сборные статистические данные об эффективности корпоропластики с применением разных лоскутов при БП. Удовлетворительные результаты при использовании кожного лоскута для замещения дефекта кавернозного тела (КТ) имели место у 70–75% больных. По данным исследований ряда авторов [2, 3], у 17% больных, которым проводилась корпоропластика после иссечения фиброзной бляшки, требовались повторные вмешательства в связи с рецидивом или остаточным искривлением полового члена (ПЧ), у 20% пациентов отмечалась эректильная дисфункция (ЭД). Эффективность корпоропластики с использованием влагалищной оболочки яичка составила 58%. При пластике дефекта белочной оболочки ПЧ фрагментом подкожной вены бедра полная коррекция эректильной деформации была у 98% пациентов, укорочение ПЧ – у 17–30%, ухудшение качества эрекции возникло у 45% пациентов [4]. E. Austoni et al. [5] на основании большого собственного опыта дают информацию о том, что после кожной пластики дефекта белочной оболочки ретракция трансплантата и эректильная деформация возникли у 25%, ЭД – у 28% больных. Современные методы двустороннего тотального интракавернозного протезирования при БП рекомендуют проводить только у пациентов с ЭД в стадии субкомпенсации и декомпенсации [6].

В связи с этим определённый интерес представляет анализ результатов операций, при которых устранение эректильной деформации при БП осуществляется имплантацией фаллопротеза (ФП) в одно наиболее поражённое склерозом кавернозное тело (КТ).

Материалы и методы

При оперативном лечении пациентов с БП с сохранённой ЭФ использован предложенный нами принцип одностороннего неполного интракавернозного протезирования (ИП) [7]. В начале работы этот

принцип был реализован односторонним неполным дистальным ИП (ОНДИП). При этом имплантация ФП в одно КТ проводилась через разрез в дистальной части ствола ПЧ в области венечной борозды, протез имплантировался в проксимальном направлении, его фиксацию осуществляли в области основания головки ПЧ [8]. В дальнейшем был разработан новый способ одностороннего неполного проксимального ИП (ОНПИП). Операционный доступ локализовался в области основания ствола ПЧ, разрез проходил через расширенные, менее поражённые склерозом проксимальные отделы КТ, имплантацию протеза осуществляли в дистальном направлении, его фиксация проводилась путём наложения швов, суживающих КТ в области проксимального конца ФП [9].

Отдалённые результаты одностороннего неполного ИП при БП изучены в сроки от шести месяцев до 5 лет (средний срок наблюдения $3 \pm 0,8$ года) отдельно у 31 пациента I группы (после ОНДИП через разрез в области венечной борозды ПЧ) и у 35 пациентов II группы (после ОНПИП через разрез в области основания ПЧ). У всех пациентов ЭФ была сохранена. Оценка эффективности лечения проводилась по следующим критериям: косметический эффект, степень эректильной деформации, наличие или отсутствие болевого синдрома, изменение размеров ПЧ, сохранение чувствительности головки ПЧ, оценка удовлетворённости половым актом (максимальный балл 10) и сексуальной жизнью (максимальный балл 10) на основе опросника МИЭФ (Международный индекс эректильной функции).

Результаты и обсуждение

При опросе пациентов с БП все пациенты обеих групп отметили хороший косметический результат. Отсутствовали неудобства при ходьбе, во время сна, при ношении одежды. На рисунке показано положение пениса в спокойном состоянии (1а) и его свободная подвижность в любом направлении (1 б, в).

В обеих группах было отмечено отсутствие болей при эрекции. По данным опроса, болевые ощущения после операции постепенно уменьшались в интенсивности и полностью проходили через 1–1,5 месяца. Отсутствие болевого синдрома в более поздние сроки связано с тем, что ко 2–3-му месяцу после ИП происходит инкапсуляция ФП и его отграничение от находящейся вокруг него пещеристой ткани.



а

б

в

Фотоснимки ПЧ после одностороннего неполного ИП.

Свободная подвижность органа: а) ПЧ в спокойном состоянии, б) свободное отклонение ПЧ вправо, в) свободное отклонение ПЧ вверх

В обеих группах пациентов с БП одностороннее неполное ИП приводило к устранению выраженной эректильной деформации, которая до операции превышала 40°. Метод одностороннего неполного ИП не имел существенного значения для коррекции эректильной деформации. После одностороннего неполного ИП плотность и жёсткость фаллопротеза сохраняют его прямооту даже при достаточно большом внешнем усилии, прилагаемом в поперечном и продольном направлениях.

Чувствительность головки ПЧ снижалась после ОНДИП у 32% пациентов I группы. Считаем, что снижение чувствительности головки ПЧ или, как отмечали отдельные пациенты, появление чувства холода в головке ПЧ определяется особенностями операционного доступа при ОНДИП. При этом поперечный разрез на глубину 0,3–0,5 см по тыльной поверхности венечной борозды в непосредственной близости от головки ПЧ может сопровождаться повреждением нервных стволов, обеспечивающих чувствительность головки ПЧ. Пациенты II группы, которым было осуществлено ОНПИП, ни в одном случае не предъявляли жалоб на снижение чувствительности головки.

Анализ отдалённых результатов после ОНПИП показал, что у 21 (60%) пациента с БП длина ПЧ в спокойном состоянии в результате операции увеличилась: на 2–3 см у 5 пациентов, на 1–2 см – у 16 пациентов. Таким образом, у большинства пациентов с БП после ОНПИП удалось добиться удлинения ПЧ. Согласно литературным данным, растягивание ПЧ препятствует

дальнейшему рубцеванию и предупреждает повторную деформацию ПЧ [6].

Достигнутый результат связываем с тем, что важнейшей задачей способа проксимального протезирования являются растяжение и удлинение ствола ПЧ. Последующая фиксация проксимального конца ФП предупреждает его смещение в послеоперационном периоде. Уменьшения размеров ПЧ в этой группе пациентов не отмечено.

У пациентов с БП после ОНДИП (I группа) увеличения размеров ПЧ не происходило, а у 5 пациентов (16%) половой орган в спокойном состоянии незначительно уменьшился. Способ дистального протезирования не позволяет осуществить фиксированное растяжение и удлинение ПЧ.

У пациентов с БП при сохранённой эрекции после односторонней имплантации ФП в наиболее поражённое склерозом КТ отмечены положительные изменения показателей сексуальной жизни. Данные таблицы 2 показывают, что одностороннее неполное ИП практически в два раза увеличивает средний балл по удовлетворённости половым актом и сексуальной жизнью. Более высокий рост этих показателей отмечен у пациентов II группы. Различия прироста обоих показателей в группах статистически достоверны ($p < 0,05$).

Самые высокие показатели средних баллов по удовлетворённости половым актом и сексуальной жизнью получены у пациентов с БП, у которых в результате ОНПИП длина ПЧ в спокойном состоянии была равна или превышала 11 см. Средние баллы по

Таблица 1

Изменение размеров ПЧ в спокойном состоянии у пациентов с БП в отдалённые сроки после одностороннего неполного ИП

№ группы	Без изменения	Увеличение		Уменьшение	Всего
		1–2 см	2–3 см	1–1,5 см	
I группа	26 (84%)*	0	0	5 (16%)*	31*
II группа	14 (40%)*	16 (45,7%)*	5 (14,3%)*	0	35*

Примечание: * – число пациентов; в скобках указан процент от общего числа пациентов группы.

Таблица 2

Обобщённые критерии эффективности одностороннего неполного ИП у пациентов с БП по баллам опросника МИЭФ

Показатель эффективности по опроснику МИЭФ	I группа (31 пациент)			II группа (35 пациентов)		
	До операции	Прирост	После операции	До операции	Прирост	После операции
Средний балл по удовлетворённости половым актом	3,98±0,2	3,2±0,3*	7,18±0,4	3,92±0,2	4,21±0,4*	8,3±0,4*
Средний балл по удовлетворённости сексуальной жизнью	3,83±0,3	3,5±0,2*	7,33±0,4	3,78±0,3	4,29±0,3*	8,07±0,4*

Примечание: * – достоверность различий прироста ($p < 0,05$).

Оценка пациентами с БП результатов операции

Оценка	I группа (31 пациент)	II группа (35 пациентов)
1. Хорошая	19	29
2. Удовлетворительная:	12	6
а) наличие небольшого отклонения ПЧ при эрекциях	4	4
б) неудовлетворённость размерами ПЧ	8	2
Всего	31	35

удовлетворённости половым актом и сексуальной жизнью у этих пациентов составляли $8,9 \pm 0,1$.

Среди других показателей эффективности учитывалась субъективная оценка самим больным результатов оперативного лечения. Эта оценка могла быть хорошей и удовлетворительной. Пациенты сами выбирали ответ с учётом разработанных параметров.

Хороший результат включал сохранение собственной эрекции, отсутствие эректильной деформации, достаточную осевую устойчивость ПЧ при фрикциях, удовлетворённость размерами ПЧ. Удовлетворительный результат включал небольшое ($3-5^\circ$) отклонение ПЧ во время эрекции и неудовлетворённость размерами ПЧ.

Полученные результаты приведены в таблице 3, где субъективно оценили как хороший результат 19 пациентов I группы (61,2%). Такую же оценку дали 29 пациентов II группы (82,8%). Разница между группами по процентному соотношению пациентов, давших хорошую оценку результатов протезирования, статистически достоверна ($p < 0,05$).

Удовлетворительная оценка результатов протезирования отметили 39,8% пациентов I группы и 17,2% – II группы. При этом в обеих группах в одинаковой степени (13 и 11%) выявлено небольшое отклонение ($2-3^\circ$) протезированного ПЧ при эрекции. Следует обратить внимание на то, что эти отклонения не нарушали полового акта и не сказывались отрицательно на половую жизнь, так как небольшое смещение всего ствола ПЧ возникало только у основания пениса. По ходу самого ствола ПЧ искривлений не было.

Причиной удовлетворительной оценки результатов операции также была неудовлетворённость размерами ПЧ. Такое мнение высказали после ОНДИП (I группа) 8 пациентов (25,8%) и 2 пациента (5,7%) II группы. Разница в процентном соотношении пациентов, высказавших такое мнение, в I и II группах статистически достоверна ($p < 0,05$).

Таким образом, в отдалённые сроки после ОНГИП отмечены лучшие показатели субъективной оценки результатов оперативного лечения.

Выводы

Одностороннее неполное интракавернозное протезирование полностью устраняет эректильную де-

формацию у пациентов с БП и создаёт условия для успешной реализации эректильной функции в процессе полового акта.

Одностороннее неполное проксимальное протезирование в большей степени способствует восстановлению вполне удовлетворительного полового акта и нормальной сексуальной жизни у пациентов с болезнью Пейрони с сохранённой эректильной функцией.

ЛИТЕРАТУРА

1. Королёва С. В. Выбор метода корпоропластики при болезни Пейрони в зависимости от гемодинамического статуса полового члена / С. В. Королёва [и др.] // Урология. – 2005. – № 6. – С. 6–30.
2. Yong H. Operation on the penis / H. Yong, D. Davis // Yong's practice of urology. – Philadelphia: WB Saunders Company, 1996. – P. 647–648.
3. Hakim L. Peyronie's disease: an abdate. The role of diagnostics // Int. J. Impotence Res. – 2002. – Vol. 14. – P. 321–323.
4. Savocca G. Long-term results with Nesbit's procedure as treatment of Peyronie's disease / G. Savocca, C. Trombetta // Int. J. Impotence Res. – 2000. – Vol. 12. – P. 289–293.
5. Austoni E. Soft prosthesis implantation and relaxing albuginea incision with saphenous grafting for surgical therapy of Peyronie's disease / E. Austoni, F. Colombo, A. L. Romano // Eur. J. Urol. – 2005. – Vol. 47. – P. 223–229.
6. Поливанова Е. В. Болезнь Пейрони // Андрология и генитальная хирургия. – 2002. – № 1. – С. 22–31.
7. Таруашвили И. Г. Способ хирургического лечения фибропластической индурации полового члена / И. Г. Таруашвили, Г. И. Таруашвили. Патент на изобретение № 2254818. РФ (3 стр.) – Оubl. 27.06.05. – Бюл. № 18.
8. Таруашвили Г. И. Одностороннее интракавернозное протезирование при эректильной дисфункции / Е. А. Породенко, С. В. Тиликин // Урология. – 1999. – № 6. – С. 28–30.
9. Таруашвили И. Г. Положительный результат одностороннего ограниченного интракавернозного протезирования у больного с приапизмом / И. Г. Таруашвили, С. А. Чиров, Г. И. Таруашвили, В. Н. Кочов, Е. А. Породенко, А. В. Эдельман // Андрология и генитальная хирургия. – 2007. – № 1. – С. 32–33.

Поступила 28.09.2009

ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ МЕТОПРОЛОЛА СУКЦИНАТОМ НА РЕГУЛЯТОРНО-АДАПТИВНЫЙ СТАТУС У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ I ФУНКЦИОНАЛЬНОГО КЛАССА

¹Кардиологическое отделение МУЗ городской больницы № 2 «КМЛДО»,
Россия, 350012, г. Краснодар, ул. Красных партизан, 6/2;

²кафедра госпитальной терапии,

³кафедра нормальной физиологии Кубанского государственного медицинского университета,
Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4. Тел. 8988-242-51-25

В исследовании участвовал 51 пациент с хронической сердечной недостаточностью I функционального класса на фоне гипертонической болезни I–II стадий, в том числе 21 женщина и 30 мужчин, возраст составлял 52,6±1,4 года. Всем пациентам назначался метопролола сукцинат замедленного высвобождения (беталок ЗОК фирмы «AstraZeneca», Швеция) в дозе 78,1±5,7 мг/сутки. Для объективного количественного определения состояния регуляторно-адаптивного статуса организма выполнена проба сердечно-дыхательного синхронизма.

Результаты нашего исследования показали, что монотерапия метопролола сукцинатом у пациентов с ХСН I ФК на фоне гипертонической болезни I–II стадий в течение 6 месяцев достоверно не повлияла на структурное состояние миокарда и толерантность к физическим нагрузкам, умеренно улучшила диастолическую функцию ЛЖ. Оценка регуляторно-адаптивных возможностей выявила разнонаправленный результат двух наиболее значимых параметров СДС: уменьшение диапазона синхронизации свидетельствовало об ухудшении регуляторно-адаптивного статуса, уменьшение длительности развития диапазона синхронизации на минимальной и максимальной границах – о его улучшении.

Ключевые слова: хроническая сердечная недостаточность, метопролола сукцинат, сердечно-дыхательный синхронизм, регуляторно-адаптивный статус.

V. G. TREGUBOV¹, K. S. SPIRINA¹, M. I. VESELENKO¹,
E. S. KUMACHYOVA¹, S. V. RUTENKO¹, S. G. KANORSKIY², V. M. POKROVSKIY³

THE INFLUENCE OF METOPROLOL SUCCINATE THERAPY ON STATEDLY ADAPTIVE STATUS OF PATIENTS WITH I ST FUNCTIONAL CLASS CHRONIC CARDIAC FAILURE

¹Cardiological branch of city hospital № 2,
Russia, 350012, Krasnodar, Krasnykh partisan St, 6/2;

²chair hospital therapy,

³chair normal physiology Kuban state medical university,
Russia, Krasnodar, 350063, Sedina st., 4. Tel. 8988-242-51-25

The research covered 51 patients with 1st functional class chronic cardiac failure with underlying hypertensive disease of I–II stages, including 21 women and 30 men the average age of whom was 52,6 ±1,4 y. o. All patients have been treated with sustained-release metoprolol succinate, Betaloc ZOK of «AstraZeneca», Sweden production, of 78,1±5,7 mg/day doze. For the purpose of fair quantitative estimation of statedly adaptive status of an organism cardio-respiratory synchronism trial has been executed.

Our research findings demonstrated that metoprolol succinate monotherapy of patients with 1st functional class chronic cardiac failure with underlying I–II stage hypertensive disease during 6 months has not significantly affected structural condition of myocardium and effort tolerance, and has moderately improved diastolic function of the left ventricle. Evaluation of statedly adaptive capacities has identified various outcomes of two most significant characteristics of cardio-respiratory synchronism, namely reduction of synchronization range was indicative of statedly adaptive capacities deterioration and reduction of synchronization evolvment period at minimum and maximum limits gave evidence to its improvement.

Key words: chronic cardiac failure, metoprolol succinate, cardiorespiratory synchronism, statedly adaptive status.

Введение

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) по-прежнему остаётся наиболее распространённым, тяжёлым и прогностически неблагоприятным следствием различных заболеваний сердечно-сосудистой системы. По данным эпидемиологических исследований последних 5 лет, в России насчитывалось 8,1 млн. человек с симптомами ХСН, из которых 3,4 млн. имели на-

иболее тяжёлые, III и IV функциональные классы (ФК), у 4/5 пациентов ХСН ассоциировалась с гипертонической болезнью, у 2/3 – с ишемической болезнью сердца [1]. В 2003 году декомпенсация ХСН послужила причиной госпитализаций почти каждого второго больного (49%) [7]; более чем у 55% пациентов с клинически выраженной ХСН была нормальной сократимость миокарда – фракция выброса левого желудочка более