

Н.Г. ШЕБУШЕВ, А.С. КНЯЗЮК, Б.О. КАБЕШЕВ, С.Н. ЛИТВИНЕНКО

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНИ ПЕЙРОНИ

УО «Гомельский государственный медицинский университет»,
Республика Беларусь

Болезнь Пейрони представляет серьезную проблему в современной медицине. Поэтому требуется дальнейшее изучение данной патологии, разработка новых, эффективных методик лечения и внедрение их в клиническую практику. Эта проблема становится особенно актуальной в связи с увеличением случаев заболевания за последние годы. В настоящее время заболеваемость составляет 1-2% мужского населения, или 388 случаев на 100 000 человек.

В статье представлен обзор литературы по данной проблеме (причины заболевания, клинические признаки, стадии, возможные осложнения, методы диагностики, имеющиеся в литературе методы консервативно и оперативного лечения), результаты исследования больных за интервал 10 лет (с 1996г по 2005г, 99 случаев заболевания), в ходе которого проведена оценка проводимого ранее лечения данной патологии, проанализирована зависимость результатов лечения от количества проводимых курсов терапии, от первоначального размера бляшки, от времени первого обращения пациента за медицинской помощью, от применения различных методов медикаментозной терапии и физиотерапии. Проведена оценка отдаленных результатов проводимого лечения. На основе данного исследования предлагается наиболее эффективная схема лечения данной патологии.

Peyronie's disease is a serious problem in modern medicine. That's why further study of this disease, development of new and effective therapeutic methods, and their application in the real clinical practice are required. This problem is becoming especially actual because of the disease case increase during the last years. At present, sickness rate of the male population comprises 1-2% or 388 cases out of 100000 people.

In this article we suggest the literature review on this topic (causes, clinical features, stages, possible complications, diagnostic methods, conservative and surgical methods of treatment). We have also provided the results of a 10-year research (from 1996 till 2005, 99 cases) in which we have evaluated the treatment of this pathology, have analyzed the correlation between the results of treatment and the number of performed therapy courses, initial size of plaques, how early a patient has applied for medical help, and application of different methods of medical therapy and physiotherapy. We have evaluated the long term results of the treatment. On the basis of our research results, we offer the most effective scheme of this pathology treatment.

Болезнь Пейрони является актуальной проблемой современной медицины. Из-за отсутствия четких представлений об этиопатогенезе данного заболевания количество работ, посвященных оптимальным методикам восстановительного лечения больных болезнью Пейрони, крайне недостаточно.

Поэтому требуется дальнейшее изучение данной проблемы, разработка новых, эффективных методик лечения и внедрение их в клиническую практику. Эта проблема становится особенно актуальной в связи с увеличением случаев заболевания за последние годы.

Цель исследования: системный анализ названной проблемы с определением наиболее эффективного и доступного комплекса лечебных мероприятий.

Материалы и методы

Болезнь Пейрони, или фибропластическая индукция полового члена, представляет собой фибропластическое изменение белочной оболочки и кавернозных тел полового члена. Заболеваемость составляет 1-2% мужского населения, или 388 случаев на 100 000 человек.

Этиология.

Болезнь Пейрони является системным заболеванием соединительной ткани, к которому имеется генетическая предрасположенность. Характерно сочетание болезни со склеродермией, контрактурой Дюпюитрена, узловым склерозом ушных раковин, плечелопаточным периартритом и т. д., в связи с чем большинство авторов относит его к группе коллагенозов. В виде гипотез предлагают и другие этиологические факторы: нарушение свертывающих и антисвертывающих систем, микротравмы, нарушения фосфорно-кальциевого обмена и др. [1].

Морфогенез.

Фиброзные бляшки имеют форму узелков или продольной хорды хрящеподобной консистенции и четко отграничены от окружающих тканей. Бляшки могут быть одиночными, множественными или в виде монолитной хорды, идущей от венечной борозды до корня полового члена под лобковый симфиз. Они локализуются на белочной оболочке экстракавернозно и чаще выявляются на дорзальной поверхности полового члена. Губчатое тело не вовлекается в патологический процесс [2].

Клиника.

Болезнь Пейрони встречается чаще у мужчин в возрасте от 40 до 60 лет [3]. Основными симптомами заболевания явля-

ются: наличие уплотнений в половом члене, искривление его при эрекции, боли при половом сношении, невозможность совершения полового акта.

Классификация фибропластической индукции полового члена с учетом стадии заболевания:

1 стадия — латентная. Фиброзная бляшка не определяется. У больного отмечаются боли в половом члене и редко незначительное его искривление при эрекции.

2 стадия — манифестации, или выявление бляшки. Пальпаторно определяется фиброзная бляшка в виде бесформенного инфильтрата мягкой консистенции, диагностируемого при ультразвуковом сканировании. При всех видах рентгенологического исследования фиброзная бляшка не определяется. Появляется искривление полового члена при эрекции.

3 стадия — стабилизация. В этот период наблюдается формирование бляшки хрящевой консистенции с четко очерченными контурами. Бляшка диагностируется при ультразвуковом сканировании и рентгенологическом исследовании мягкими лучами. Искривление полового члена при эрекции увеличивается и становится максимальным.

4 стадия — терминальная. Характеризуется костной метаплазией бляшки, диагностируемой с помощью всех известных методов исследования, включая рентгенографию жесткими лучами [2,8].

Осложнения.

Искривление полового члена и боль при эрекции препятствуют проведению нормального полового акта, а дальнейшее прогрессирование фибропластического процесса с одновременным уплотнением бляшек делает эякуляцию затрудненной и болезненной и способствует развитию импотенции из-за дегенерации нервных окончаний и нарушения гемодинамики полового члена. Болезнь Пейрони вызывает импотенцию у 25-56% наблюдений [2,7].

Диагностика.

Для диагностики болезни Пейрони проводится комплексное исследование: ультразвуковое сканирование, рентгенография, КТ, гистологическое изучение препаратов, что позволяет выбрать оптимальный вариант консервативного или оперативного метода лечения при любой стадии заболевания [4,6,7].

Лечение.

Из-за отсутствия четких представлений об этиологии и патогенезе этого заболевания применение большинства известных методов лечения не обеспечивает полного излечения больных с болезнью Пейрони.

Лечение складывается из двух этапов. Болезнь Пейрони на первом этапе следует лечить, как и все коллагенозы, консервативно и не проводить никаких оперативных вмешательств. Назначают кортикостероиды (преднизолон). Одновременно вводятся протеолитические ферментные препараты в область бляшки. Проводится гепаринотерапия, можно вводить витамин Е, экстракт алое, веропамил [1,5].

Одновременно проводится физиотерапия. Методом выбора является магнитно-лазерная терапия. Назначается электрофорез йода, димексида, гидрокортизона, лидазы. Примерная продолжительность первого этапа лечения 5-8 месяцев.

Второй этап начинается спустя 5-8 месяцев от начала консервативного лечения. К этому времени заканчивается, обычно успешно, лечение собственно коллагеноза. Наступает период хирургических вмешательств. У большинства больных бляшки рассасываются, искривление полового члена ликвидируется. Но оно может и сохраниться, если после купирования коллагеноза остались рубцы, уплотненные бляшки [1].

Коррекция искривления полового члена может выполняться с помощью 3-х основных групп методов:

1. Выпрямление полового члена путем укорочения его белочной оболочки на сто-

роне, противоположной искривлению. Таким образом, восстанавливается симметрия белочной оболочки и половой член как бы подтягивается в прямое положение и фиксируется в нем, а его длина незначительно уменьшается.

2. Выпрямление полового члена с помощью удлинения белочной оболочки на стороне искривления. Она заключается в рассечении или иссечении бляшки Пейрони и замещении образовавшегося дефекта белочной оболочки пластическим материалом. Такие операции могут не только сохранить длину пениса, но в ряде случаев и добиться его увеличения.

3. Выпрямление полового члена на фаллопротезе. Если искривление полового члена сопровождается эректильной дисфункцией, наилучшим методом решения сразу двух этих проблем является операция фаллопротезирования.

Осложнения операций.

Кроме общих для всех операций осложнений (боли, кровотечение, раневая инфекция, плохое заживление раны), операции по выпрямлению полового члена могут сопровождаться отеком пениса и уменьшением чувствительности головки пениса. Имевшее место искривление может быть выпрямлено недостаточно, может быть избыточно изогнуто в другую сторону (гиперкоррекция) или может рецидивировать. Иногда бывают случаи, когда результаты операций не соответствуют ожиданиям пациента. Это обязывает врача тщательно и правдиво рассказывать пациенту обо всех достоинствах и недостатках предстоящей операции. Чем более реалистичными являются ожидания пациента, тем выше степень его удовлетворения.

Результаты и обсуждение

На базе ЛПУ «ОКБ на станции Гомель» с диагнозом болезнь Пейрони за 10 лет

Таблица 1

**Распределение больных по первоначальному размеру
бляшки на половом члене**

0,7-1,0см	1,1-1,5см	1,6-2,0см	2,1-3,0см	3,1-4,0см
8 (15,7%) больных	23 (45,1%) больных	12 (23,5%) больных	5 (9,8%) больных	3 (5,9%) больных

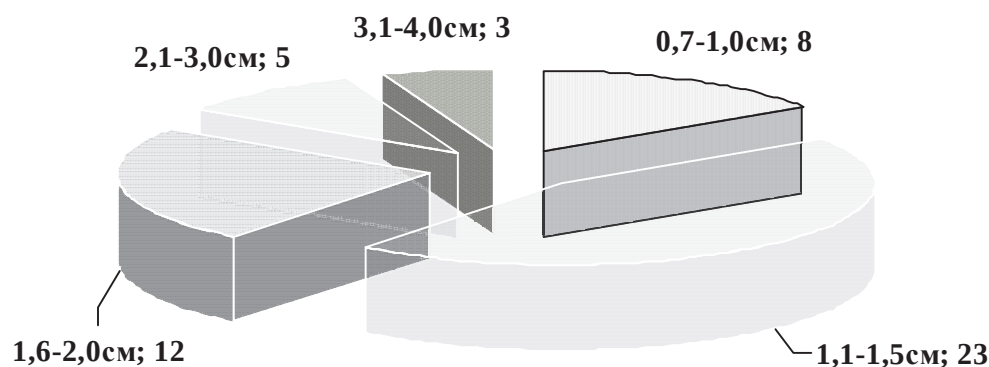


Рис. 1. Сравнительная характеристика первоначальных размеров бляшки.

(1996-2005г.) пролечено 60 больных, 99 случаев заболевания.

С целью выявления отдаленных результатов лечения больные, проходившие курсы консервативной терапии с 1996 г. по 2005 г. были обследованы путем осмотра, устного опроса, УЗИ бляшки.

Для оценки эффективности лечения анализировались следующие показатели:

- локальный статус (размер бляшки, ее плотность, искривление полового члена);
- возможность совершения полового акта;
- количество проводимых курсов лечения и эффект после каждого из них;
- зависимость эффекта лечения от первоначального размера бляшки;
- зависимость эффекта лечения от времени первого обращения больного за медицинской помощью;

- зависимость эффекта лечения от применения различных протеолитических ферментных препаратов (лидаза, коллалазин);
- зависимость эффекта лечения от применяемого метода физиотерапии.

Был осмотрен 51 больной – 85% всех лечившихся. По данным анамнеза 8 больных (15,7%) отмечали перенесенную травму полового члена. Из явившихся на осмотр 1 курс лечения прошли 38 больных (74,5%), 2 курса лечения – 5 больных (9,8%), 3 курса – 2 больных (3,9%), 4 курса лечения – 2 больных (3,9%), 5 курсов лечения – 3 больных (5,9%). Один больной (1,9%) прошел 9 курсов лечения с незначительным эффектом, что связано с поздним началом лечения (через 1,5 года после появления признаков заболевания). Первоначальные размеры бляшки у больных варьируют от 0,7 до 4 см. (Таблица 1).

Таблица 2

Распределение количества проведенных курсов лечения относительно срока первого обращения пациента

Количество курсов лечения	Срок первого обращения		
	До 5 месяцев	5-10 месяцев	После 10 месяцев
1 курс	16 больных	10 больных	12 больных
2 курса	2 больных	1 больной	2 больных
3 курса	1 больной	1 больной	0
4 курса	1 больной	0	1 больной
5 курсов	1 больной	2 больных	0
9 курсов	0	0	1 больной

В большинстве случаев размер бляшки 1,1-1,5см (рис. 1.). Больные с меньшим размером бляшки имели более значительный эффект от проводимого лечения, им потребовалось меньшее количество курсов для достижения желаемого результата.

Из больных, прошедших 1 курс лечения в стационаре, 16 человек (31,4%), обратились за помощью в течение 5 месяцев от начала заболевания. От 6 до 10 месяцев обратились 10 больных (19,6%). В срок более 10 месяцев прошли курс лечения 12 больных (23,5%), большинство из которых (7 больных – 13,7%) до этого прошли курс амбулаторного лечения.

Из больных, прошедших 2 курса лечения в стационаре, 2 человека (3,9%) обратились впервые в течение первых 5 месяцев, 1 больной – 1,9%, обратились от 6 до 10 месяцев и 2 больных – 3,9%, обратились через 10 месяцев, пройдя до этого курс лечения амбулаторно.

3 курса лечения в срок до 5 месяцев прошел 1 больной (1,9%), 1 больной (1,9%) впервые обратился в срок от 6 до 10 месяцев, получив до этого амбулаторную помощь.

4 курса лечения прошел 1 больной (1,9%), поступивший до 5 месяцев, и 1

больной (1,9%), после 10 месяцев, пройдя предварительно курс амбулаторного лечения.

Из больных, прошедших 5 курсов лечения, 1 больной (1,9%), поступил в срок до 5 месяцев, 2 больных (3,9%) – в срок от 5 до 10 месяцев.

1 больной прошел 9 курсов лечения в стационаре и неоднократно лечился амбулаторно. Такая низкая эффективность лечения, несмотря на большое количество курсов у данного больного связана с поздним его обращением (через 1,5 года после появления первых признаков) на поздней стадии заболевания (3 стадия – бляшка хрящевидной консистенции). Данному больному рекомендованы оперативные методы лечения.

Все больные отметили положительный эффект после курсов лечения (уменьшение бляшки в размерах, ее размягчение, уменьшение искривления полового члена, улучшение половой функции), но различную длительность ремиссии. Большинству больных, которые обратились в первые месяцы от начала заболевания, было достаточно 1-2 курсов лечения для достижения желаемого эффекта (таблица 2).

Больные, которые имели небольшой первоначальный размер бляшки на половом

Таблица 3

**Распределение количества проведенных курсов лечения
относительно первоначального размера бляшки на половом члене**

Количество курсов лечения	Первоначальный размер бляшки на половом члене				
	0,7-1,0см	1,1-1,5см	1,6-2,0см	2,1-3,0см	3,1-4,0см
1 курс	7 больных	21 больной	8 больных	2 больных	0
2 курса	1 больной	1 больной	2 больных	1 больной	0
3 курса	0	1 больной	0	1 больной	0
4 курса	0	0	1 больной	1 больной	0
5 курсов	0	0	1 больной	0	2 больных
9 курсов	0	0	0	0	1 больной

Таблица 4

**Распределение количества проведенных курсов лечения относительно
применяемого протеолитического ферментного препарата**

Количество курсов лечения	Применяемый протеолитический ферментный препарат		
	коллализин	лидаза	Лидаза и коллализин
1 курс	18 больных	13 больных	7 больных
2 курса	2 больных	2 больных	1 больной
3 курса	1 больной	0	1 больной
4 курса	0	1 больной	1 больной
5 курсов	0	2 больных	1 больной
9 курсов	0	0	1 больной

члене, подверглись меньшему количеству курсов лечения и отмечали более быстрый и продолжительный результат (таблица 3).

Больные получали курс инъекций протеолитических ферментных препаратов в область бляшки в сочетании с физиолечением и витаминотерапией. Из протеолитических ферментных препаратов применялись инъекции лидазы или коллализина. Обследованные больные отмечают более быстрый и продолжительный эффект при использовании коллализина. Больным, которым инъекции коллализина проводились с первой госпитализации, потребовалось меньшее количество курсов для достижения стойкой ремиссии. Также отмечается более быстрое улучшение при начале использо-

вания коллализина после предыдущего применения лидазы (таблица 4).

Больным применялись различные методы физиотерапии: магнитно-лазерная терапия, фонофорез с гидрокортизоном, электрофорез с хлористым калием, ультразвук с гидрокортизоном. Более эффективным является метод магнитно-лазерной терапии.

На основании проведенных исследований составлена схема наиболее эффективного и доступного лечения.

При первом обращении:

Инъекции протеолитических ферментных препаратов, лидазы либо коллализина в область бляшки 1 раз в день курсом 10-15 дней. Согласно проведенным исследовани-

ям более эффективным является применение коллализина.

Один из методов физиотерапии на область бляшки 1 раз в день курсом 10-15 дней. Более приемлемым является использование магнитно-лазерной терапии.

Витамин Е 0,1 г по 1 капсуле 1 раз в день курсом 20-25 дней или по 1 мл 1 раз в день внутримышечно курсом 15-20 дней.

Экстракт Алое по 1 мл 1 раз в день внутримышечно курсом 15-25 дней.

Через 1 месяц повторить курс лечения. В дальнейшем необходимы повторные поддерживающие курсы через 3-6 месяцев в зависимости от результатов предыдущих курсов лечения.

Выводы

1. Консервативное лечение целесообразно начинать максимально рано при появлении первых признаков заболевания.
2. Лечение необходимо проводить в соответствии с представленной схемой.
3. После достижения стабильной ремиссии рекомендуется проведение профи-

лактических курсов лечения один раз в 1-2 года.

ЛИТЕРАТУРА

1. Тиктинский, О. Л. Урология и андрология в вопросах и ответах / О. Л. Тиктинский, В. В. Михайличенко. – С.-Пб., 1998. – С. 373-375.
2. Карпухин, И. В. Физические факторы в восстановительном лечении больных болезнью Пейрони / О. Л. Тиктинский, В. В. Михайличенко // Вопросы курортологии. – 2000. – №1. – С. 51-53.
3. Гаспарян, А. М. Руководство по клинической урологии / А. М. Гаспарян. – М., 1970. – С. 403-405.
4. Лопаткин, Н. А. Здоровье мужчины / Н. А. Лопаткин., Е. Б. Мазо, А. Л. Шабад. – М., 1976. – С. 54-55.
5. Мавров, И. И. Половые болезни / И. И. Мавров // Энциклопедический справочник. – К., 1994.
6. Юнда, И. Ф. Болезни мужских половых органов / И. Ф. Юнда. – Киев, 1989.
7. Лопаткин, Н. А. Руководство по урологии / Н. А. Лопаткин. – М., 1998.
8. Тиктинский О.Л. Руководство по андрологии / О. Л. Тиктинский. – Л., 1990.

Поступила 23.11.2006 г.