

УДК 616.66-007.24-08
DOI:10.26435/UC.V014(29).233

А.Г. Кривобок, С.Г. Ермилов, Ю.А. Виненцов, Г.И. Ермилов

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», Донецк

КОНСЕРВАТИВНАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЕЗНИ ПЕЙРОНИ

Фибропластическая индурация полового члена, или болезнь Пейрони, является aberrантной тканевой реакцией, предположительно, в ответ на посттравматическое ограниченное воспаление белочной оболочки [3].

Эпидемиологические показатели болезни Пейрони колеблются от 0,4 до 7,1% [10].

Болезнь Пейрони поражает мужчин, главным образом трудоспособного возраста (40-60 лет), находящихся на высоком уровне половой активности, и может стать причиной расстройства эрекции, нарушения сексуальных и межличностных отношений в паре [2]. К основным клиническим симптомам болезни Пейрони относят: пальпируемое бляшковидное уплотнение, боль, изменение геометрических параметров полового члена (искривление, укорочение) и эректильную дисфункцию [1, 7, 9, 13].

Несмотря на многовековую историю познания болезни Пейрони, лечение пациентов до сих пор содержит целый ряд спорных моментов и положений. Дискуссия, касающаяся медикаментозной терапии, обусловлена многообразием лекарственных средств из различных фармакологических групп с разнообразными механизмами действия, нестабильными результатами лечения и отсутствием единого взгляда на выбор терапии [3, 9, 11].

Следует отметить, что результаты консервативной терапии на настоящий момент не оправдывают возложенную на них надежду, поскольку, в большинстве случаев, она не предупреждает развитие заболевания, а некоторые симптомы, такие как боль, могут проходить самостоятельно, что характерно для течения данного заболевания [6, 15]. На сегодня нерешенными остаются вопросы оценки эффективности консервативной терапии и прогнозирования ее результатов.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучить эффективность консервативной терапии у пациентов с болезнью Пейрони.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Нами проведен ретроспективный анализ историй болезни и амбулаторных карт 196 пациентов с болезнью Пейрони. Возраст мужчин был от 23 до 76 лет. Продолжительность заболевания варьировала от 2 до 32 месяцев. Локализация бляшек на половом члене распределялась следующим образом: по боковой поверхности кавернозных тел у 120 (61,2%; 54,3-67,9%, $p=0,05$) больных, возле корня пениса у 47 (23,9%; 18,3-30,2%) и в стволовой части – у 29 (14,8%; 10,2-20,1%) пациентов. Угол девиации полового члена колебался от 0° до 90°. Половая жизнь была затруднена или невозможна у 102 (52%; 45,0-59,0%) мужчин там, где угол искривления составлял от 45° до 90°. Количество бляшек варьировало от одной до трех. Болевой синдром разной степени выраженности беспокоил всех больных во время эрекции. Консистенция бляшки у 137 (69,9%; 63,3-76,1%) пациентов была плотнoэластической, у 55 (28,1%; 22,0-34,5%) – хрящеподобной, у 4 (2%; 0,5-4,5%) – костной консистенции.

Клиническое обследование пациентов осуществлялось в соответствии рекомендациям Европейской ассоциации урологов: сбор анамнеза и оценка жалоб больных, согласно Международному опроснику сексуальной функции, осмотр больного, физикальное исследование с пальпацией бляшки и фотографированием полового члена во время эрекции, ультрасонографии и лабораторных исследований.

При объективном осмотре пациентов обращали внимание на такие показатели как масса тела, рост, наличие внешних признаков гипогонадизма (развитие наружных половых органов и вторичных половых признаков); пальпаторно определяли наличие бляшки, как клинического маркера фибропластической индурации полового члена, ее размер и месторасполо-

жение, консистенцию, подвижность и болезненность бляшки; проводили осмотр кистей и стоп на предмет наличия контрактуры Дюпюитрена, контрактуры подошвенной фасции.

При ультразвуковом сканировании фиброзной бляшки оценивались ее размеры, толщина, отношение к окружающим тканям. По показаниям проводилось ультразвуковое доплерографическое исследование сосудов полового члена (фармакодуплерография) после интракавернозной инъекции 20 мкг Каверджекта или Алпростадилла. Эректильная функция пациентов оценивались в соответствии с международной шкалой МИЭФ (International Index of Erectile Function – IIEF) и сосудистым исследованием.

При наличии жалоб больного на боль и выявлении признаков воспаления назначалась консервативная терапия, разработанная кафедрой урологии ГОУ ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», на протяжении до 3-х месяцев. Консервативная терапия включала: назначение Плаквенила 100 мг, тамоксифена 40 мг, токоферола ацетата 300 мг в сутки.

Плаквенил оказывает противовоспалительное действие и обладает свойствами умеренного иммуносупрессора, подавляет синтез ревматоидного фактора и компонентов реакции острой фазы, накапливаясь в лейкоцитах, стабилизирует лизосомальные мембраны и подавляет активность многих ферментов, в том числе коллагеназы и протеаз. Эффективность Плаквенила связывается со следующими противовоспалительными и иммуномодулирующими свойствами: повышение внутриклеточного pH приводит к замедлению антигенного ответа и уменьшает связывание пептидов главного комплекса гистосовместимости, что приводит к снижению иммунного ответа, способствует снижению активности фосфолипазы А2 при высоких концентрациях лизосомальных ферментов и уменьшению концентрации цитокинов (интерлейкинов 1 и 6), ведущее к уменьшению клинических и лабораторных показателей аутоиммунного ответа.

Тамоксифен оказывает противовоспалительное действие и благодаря этому снижает регенерацию тканей путем фиброгенеза [5]. После перорального приема Тамоксифен быстро абсорбируется и максимальная концентрация в сыроворотке крови достигается в течение 4-7 часов. Стойкая терапевтическая концентрация (примерно 300 нг/мл) достигается после 4 недель лечения при суточной дозе препарата 40 мг. Тамоксифен практически полностью связывается с альбумином плазмы крови (>99%). В результате метаболизма в процессе гидроксирования,

деметилования и конъюгации образуется несколько метаболитов, которые имеют фармацевтические свойства, аналогичные исходным химическим составляющим, что способствует появлению терапевтического эффекта.

Токоферола ацетат — это синтетический препарат витамина Е, который является природным антиоксидантом.

Параллельно с пероральной консервативной терапией назначались физиотерапевтические методы лечения:

- электрофорез с лидазой (64 ЕД) через день № 20.
- электрофорез с 3% раствором калия йодида через день № 20.
- фонофорез с 1% гидрокортизоновой мазью в область фиброзной бляшки через день №20, с частотой ультразвуковых волн 2500-3000 кГц, t=10'.

Электрофорез, как электрофармакологический метод, обеспечивает специфический эффект лекарств на фоне действия гальванического тока, активного биологического раздражителя. Действие медикаментов, поступающих в организм с использованием электрофореза, реализуется несколькими направлениями. Во-первых, препараты оказывают длительное раздражение кожных рецепторов, что сопровождается дифференцированным тканевым ответом с изменением биохимических процессов [4, 6, 14]. Во-вторых, они локально воздействуют непосредственно на течение физиологических процессов в тканях. В нашем случае, лидаза, вводимая с помощью электрофореза, вызывает распад гиалуроновой кислоты до глюкозамина и глюкуроновой кислоты и тем самым способствует снижению ее вязкости [8, 12].

Лечебное действие ультразвука на соединительную ткань проявляется омоложением ее клеточного состава и волокнистых структур. В клеточном аппарате отмечается транзитная гистаминовая инфильтрация с быстрой активацией диаминооксидазы, связывание и нейтрализация избытка гистамина белками крови и нормализация коагуляционных свойств крови. Кроме того, низкочастотный ультразвук уменьшает дистрофические процессы в соединительной ткани [12].

При выборе метода консервативной терапии главным симптомом, который учитывался – была боль в участке утолщения белочной оболочки полового члена, независимо от размеров бляшки, угла искривления полового члена и индекса оссификации. Если консервативная терапия была эффективна, что проявлялось в исчезновении болезненности в области утолщения белочной оболочки полового члена, уменьше-

нии степени кривизны или полном отсутствии девиации, а также уменьшении индекса оссификации фиброзной бляшки - в дальнейшем таким пациентам мы рекомендовали динамическое наблюдение.

Пациентам, у которых жалобы на боль в половом члене отсутствовали, мы определяли индекс оссификации фиброзной бляшки полового члена, и если этот показатель был ниже 0,35 мы также назначали консервативную терапию, а в случаях отсутствия результатов от проведенной терапии и степени девиации полового члена больше 30°-40°, пациенту рекомендовали хирургическое лечение. Больным, у которых индекс оссификации был больше 0,35, измеряли угол кривизны и при девиации полового члена меньше 30°-40° – пациенту назначали консервативную терапию.

Противопоказаниями для проведения консервативной терапии мы считали: повышенную чувствительность к одному или нескольким препаратам, воспалительные заболевания кожи в месте локализации бляшки, заболевания крови, склонность к кровотечениям, злокачественные новообразования и незаинтересованность пациента в восстановлении полноценной половой жизни.

Для оценки эффективности консервативной терапии вычисляли доверительные интервалы долей с помощью углового преобразования Фишера, и оценивали абсолютные риски.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Критериями улучшения после лечения были: исчезновение или уменьшение болевого синдрома в половом члене, уменьшение величины бляшки и ее плотности, уменьшение или исчезновение кривизны полового члена, а также нормализация эректильной функции.

Болевой синдром после лечения остался у 12 (6,1%; 3,2-9,9%, $p=0,05$) пациентов, что потребовало продолжения консервативной терапии более трех месяцев. Размер бляшки, который измерялся пальпаторно и при помощи ультрасонографии, после проведенной консервативной терапии уменьшился у 121 пациента (61,7%), риск отсутствия эффекта 31,6-45,2%. Полного рассасывания бляшки удалось достичь у 43 пациентов (21,9%), риск отсутствия эффекта 72,0-83,6%. Угол искривления полового члена во время эрекции уменьшился у 152 пациентов (77,6%), остался без изменений у 31 пациента (15,8%; 11,1-21,7%) и увеличился у 13 пациентов (6,6%; 3,6-10,5%). Улучшение эрекции наблюдалось у 167 пациентов (85,2%), риск отсутствия эффекта 10,2-20,1%. Побочных реакций на назначенное лечение не отмечалось ни у одного пациента. У больных, у которых наблюдалось полное рассасывание бляшки, срок протекания болезни был незначительным и отсутствовала оссификация бляшки. У 44 пациентов (22,4%) эффекта от проводимой консервативной терапии не было (риск 16,9-28,5%), что послужило показанием к хирургическому лечению.

ВЫВОДЫ

Болезнь Пейрони тяжело поддается консервативному лечению, и основной его целью можно считать остановку процесса гиалинизации и оссификации структур белочной оболочки. Комплекс консервативной терапии, разработанный кафедрой урологии ГОУ ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», позволяет добиться удовлетворительных результатов при воспалительной стадии заболевания. В стадии стабилизации процесса необходимо хирургическое лечение.

А.Г. Кривобок, С.Г. Ермилов, Ю.А. Виненцов, Г.И. Ермилов

ГОУ ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», Донецк

КОНСЕРВАТИВНАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЕЗНИ ПЕЙРОНИ

Целью исследования было изучение эффективности консервативной терапии у пациентов с болезнью Пейрони.

Материал и методы. Нами проведен ретроспективный анализ историй болезни и амбулаторных карт 196 пациентов с болезнью Пейрони. Возраст пациентов был от 23 до 76 лет. Продолжительность заболевания варьировала от 2 до 32 месяцев. Угол девиации полового члена колебался от 0° до 90°. Половая жизнь была затруднена или невозможна у 102 (52,04%) мужчин там, где угол искривления составлял от 45° до 90°. Количество бляшек отмечалось от одной до трех. Бо-

левой синдром разной степени выраженности беспокоил всех больных во время эрекции. Консистенция бляшки у 137 (69,89%) пациентов была плотноэластической, у 55 (28,06%) – хрящеподобной, у 4 (2,04%) – костной консистенции.

Клиническое обследование пациентов осуществлялось в соответствии рекомендациям Европейской ассоциации урологов.

Назначалась консервативная терапия, разработанная кафедрой урологии ГОУ ВПО «Донецкого национального медицинского университета имени М. Горького», на протяжении до 3-х месяцев. Консерва-

тивная терапия включала: назначение плаквенила, тамоксифена, токоферола ацетата.

Параллельно с пероральной консервативной терапией назначались физиотерапевтические методы лечения: электрофорез с лидазой (64 ЕД) через день №20; электрофорез с 3% раствором калия йодида через день №20 и фонофорез с 1% гидрокортизоновой мазью в область фиброзной бляшки через день №20, с частотой ультразвуковых волн 2500-3000 кГц, $t=10'$.

Результаты и обсуждение. Болевой синдром после лечения остался у 12 (6,1%) пациентов, что потребовало продолжения консервативной терапии более трех месяцев. Размер бляшки, который измерялся пальпаторно и при помощи ультрасонографии, после проведенной консервативной терапии уменьшился у 121 (61,7%) пациента. Полного рассасывания бляшки удалось достичь у 43 (21,9%) пациентов. Угол искривления полового члена во время эрекции уменьшился

у 152 (77,6%) пациентов, остался без изменений у 31 (15,8%) и увеличился у 13 (6,6%) пациентов. Улучшение эрекции наблюдалось в 167 (85,2%) наблюдениях. У 44 (22,4%) пациентов эффекта от проводимой консервативной терапии не было, что послужило показанием к хирургическому лечению.

Выводы. Болезнь Пейрони тяжело поддается консервативному лечению, и основной его целью можно считать остановку процесса гиалинизации и оссификации структур белочной оболочки. Комплекс консервативной терапии, разработанный кафедрой урологии ГОУ ВПО «Донецкого национального медицинского университета имени М. Горького», позволяет добиться удовлетворительных результатов при воспалительной стадии заболевания. В стадии стабилизации процесса необходимо хирургическое лечение.

Ключевые слова: Болезнь Пейрони, консервативная терапия, девиация полового члена.

A. G. Krivobok, S. G. Ermilov, Y. A. Vinentsov, G. I. Ermilov

SEI HPE «M. Gorky Donetsk National Medical University», Donetsk

CONSERVATIVE THERAPY FOR PEYRONIE'S DISEASE

The aim of the investigation was to study the effectiveness of conservative therapy in patients with Peyronie's disease.

Material and methods. We conducted a retrospective analysis of case histories and outpatient clinic folders of 196 patients with Peyronie's disease. The age of patients was from 23 to 76 years old. The duration of the disease varied from 2 to 32 months. The angle of deviation of the penis ranged from 0° to 90°. Sex life was difficult or impossible in 102 (52.04%) men where the curvature angle was from 45° to 90°. The number of plaques ranged from one to three. Pain syndrome of varying severity disturbed all patients during erection. The consistency of plaque in 137(69.89%) patients was densely elastic, in 55(28.06%) – cartilaginous, in 4(2,04%) – bone consistency.

Clinical examination of patients was carried out in accordance with the recommendations of the European Association of urologists.

Conservative therapy, developed at the department of urology SEI HPE «M. Gorky Donetsk National Medical University», was appointed for up to 3 months. Conservative therapy included: the appointment of plaquenil, tamoxifen, tocopherol acetate.

In parallel with oral conservative therapy, physiotherapeutic methods of treatment were prescribed: electrophoresis with Lydazum (64 U) every second day №20; electrophoresis with 3% potassium iodide solution every second day №20 and phonophoresis with 1% hydrocorti-

sone ointment in the area of fibrous plaque every second day №20, with the frequency of ultrasonic waves 2500-3000 kHz, $t=10'$.

Results and discussion. Pain syndrome after treatment remained in 12 (6.1%) patients, which required the continuation of conservative therapy for more than three months. The size of the plaque, which was measured by palpation and ultrasonography, after conservative therapy decreased in 121 (61.7%) patients. Full resorption of plaques was achieved in 43 (21,9%) patients. The curvature angle during erection decreased in 152 (77.6%) patients, remained unchanged in 31 (15.8%) patients and increased in 13 (6.6%) patients. Improvement of erection was observed in 167 (85,2%) patients. There was no effect of conservative therapy in 44 (22.4%) patients, that was an indication for surgical treatment.

Conclusion. Peyronie's disease is difficult to conservative treatment, and its main purpose can be considered to stop the process of hyalinization and ossification of tunica albuginea structures. The complex of conservative therapy, developed in the department of urology SEI HPE «M. Gorky Donetsk National Medical University», allows to achieve satisfactory results in the inflammatory stage of the disease. Surgical treatment is required at the stage of stabilization of the process.

Key words: Peyronie's disease, conservative therapy, deviation of the penis.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гервальд В.Я. Патоморфологический анализ и патогенетические особенности органической эректильной дисфункции и болезни Пейрони: автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук, Новосибирск; 2011. 22.
2. Гурженко Ю.Н. Фибропластическая индурация полового члена. Киев; 2004. 382.
3. Карагузин С.К. Современный подход к лечению фибропластической индурации полового члена: автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук. Москва; 2010. 36.
4. Карпухин И.В., Ли А.А., Богомольный В.А. Физические факторы в восстановительном лечении больных с болезнью Пейрони. Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. 2001; 1: 51-53.
5. Корнеев И.А. Применение тамоксифена при болезни Пейрони. Актуальные проблемы внутренней медицины и стоматологии: Сб. науч. трудов.- С.-Пб; 1997: Ч.1: 64-65.
6. Мазо В.Е. Консервативная терапия фибропластической индурации полового члена (болезни Пейрони). Урология и нефрология. 1984; 3: 34-41.
7. Costa W.S. Stereological and biochemical analysis of muscular and connective tissue components in the penile corpus cavernosum adjacent to the fibrous plaque of Peyronie's disease. BJU Int. 2009. 103 (2): 212-218.
8. Incrocci L., Hop W.C., Slob A.K. Current sexual functioning in 106 patients with Peyronie's disease treated with radiotherapy 9 years earlier. Urology. 2000. 56 (6): 1030-1034.
9. Levine L.A., Newell M., Taylor F.L. Penile traction therapy for treatment of Peyronie's disease: a single-center pilot study. J Sex Med. 2008. 5: 1468-1473.
10. Hauptmann A. Peyronie's disease: diagnostics and therapy. Urologe A. 2011. 50 (5): 609-629.
11. Paulis G, Brancato T. Inflammatory mechanisms and oxidative stress in Peyronie's disease: therapeutic «rationale» and related emerging treatment strategies. Inflamm Allergy Drug Targets. 2012. 11 (1): 48-57.
12. Sampaio J.S., Fonseca J., Passarinho A. Peyronie's disease: surgical correction of 40 patients with relaxing incision and duramater graft. Eur. Urol. 2002. 41 (5): 551-555.
13. Schick V. Clinical symptomatology and histopathological changes in Peyronie's disease: a comparative analysis. Aktuelle Urol. 2007. 38 (4): P.313-322.
14. Treffiletti S., Annoscia S., Montefiore F., Boccafoschi C. Iotophoresis in the conservative treatment of Peyronie's disease: preliminary experience. Arch. Ital.Urol. Androl. 1997. 69 (5): 323-327.
15. Wefer J., Schlote N., Sekido N. Tunica albuginea acellular matrix graft for penile reconstruction in the rabbit: a model for treating Peyronie's disease. Br. J.Urol. Int. 2002. 90 (3): 326-331.

REFERENCES

1. Gervald V.YA. Patomorfologicheskij analiz i patogeneticheskie osobennosti organicheskoy ehrektil'noj disfunkcii i bolezni Pejroni: avtoreferat dissertacii na soiskanie uchenoj stepeni kandidata medicinskih nauk, Novosibirsk; 2011. 22. (in Russian).
2. Gurzhenko YU.N. Fibroplasticheskaya induraciya polovogo chlena. Kiev; 2004. 382. (in Ukraine).
3. Karaguzhin S.K. Sovremennyy podhod k lecheniyu fibroplasticheskoy induracii polovogo chlena: avtoreferat dissertacii na soiskanie uchenoj stepeni doktora medicinskih nauk. Moskva; 2010. 36. (in Russian).
4. Karpuhin I.V., Li A.A., Bogomol'nyj V.A. Fizicheskie faktory v vosstanovitel'nom lechenii bol'nyh s boleznyu Pejroni. Voprosy kurortologii, fizioterapii i lechebnoj fizicheskoy kul'tury. 2001; 1: 51-53. (in Russian).
5. Korneev I.A. Primenenie tamoksifena pri bolezni Pejroni// Aktual'nye problemy vnutrennej mediciny i stomatologii: Sb. nauch. trudov.- S.-Pb; 1997: CH.1: 64-65. (in Russian).
6. Mazo V.E. Konservativnaya terapiya fibroplasticheskoy induracii polovogo chlena (bolezni Pejroni). Urologiya i nefrologiya. 1984; 3: 34-41. (in Russian).
7. Costa W.S. Stereological and biochemical analysis of muscular and connective tissue components in the penile corpus cavernosum adjacent to the fibrous plaque of Peyronie's disease. BJU Int. 2009. 103 (2): 212-218.
8. Incrocci L., Hop W.C., Slob A.K. Current sexual functioning in 106 patients with Peyronie's disease treated with radiotherapy 9 years earlier. Urology. 2000. 56 (6): 1030-1034.
9. Levine L.A., Newell M., Taylor F.L. Penile traction therapy for treatment of Peyronie's disease: a single-center pilot study. J Sex Med. 2008. 5: 1468-1473.
10. Hauptmann A. Peyronie's disease: diagnostics and therapy. Urologe A. 2011. 50 (5): 609-629.
11. Paulis G, Brancato T. Inflammatory mechanisms and oxidative stress in Peyronie's disease: therapeutic «rationale» and related emerging treatment strategies. Inflamm Allergy Drug Targets. 2012. 11 (1): 48-57.
12. Sampaio J.S., Fonseca J., Passarinho A. Peyronie's disease: surgical correction of 40 patients with relaxing incision and duramater graft. Eur. Urol. 2002. 41 (5): 551-555.
13. Schick V. Clinical symptomatology and histopathological changes in Peyronie's disease: a comparative analysis. Aktuelle Urol. 2007. 38 (4): P.313-322.
14. Treffiletti S., Annoscia S., Montefiore F., Boccafoschi C. Iotophoresis in the conservative treatment of Peyronie's disease: preliminary experience. Arch. Ital.Urol. Androl. 1997. 69 (5): 323-327.
15. Wefer J., Schlote N., Sekido N. Tunica albuginea acellular matrix graft for penile reconstruction in the rabbit: a model for treating Peyronie's disease. Br. J.Urol. Int. 2002. 90 (3): 326-331.