

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ БОЛЕЗНИ ПЕЙРОНИ

© Ю.С. Москалева, И.А. Корнеев

ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Минздрава России, Санкт-Петербург

Для цитирования: *Урологические ведомости*. — 2017. — Т. 7. — № 1. — С. 25–29. doi: 10.17816/uoved7125-29

Дата поступления: 02.02.2017

Статья принята к печати: 06.03.2017

⊗ Хирургические методы лечения болезни Пейрони путем пликационной корпоропластики у обследованных больных оказались эффективными в ближайший и отдаленный послеоперационные периоды. Эти методы позволили быстро добиться нормализации формы полового члена без ущерба для эректильной функции, что дало возможность пациентам восстановить копулятивную активность и повысить качество жизни.

⊗ **Ключевые слова:** болезнь Пейрони; пликационная корпоропластика; эректильная функция.

RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF PEYRONI'S DISEASE

© Yu.S. Moskaleva, I.A. Korneev

Academician I.P. Pavlov First St Petersburg State Medical University of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Saint Petersburg, Russia

For citation: *Urologicheskie vedomosti*, 2017;7(1):25-29, doi: 10.17816/uoved7125-29

Received: 02.02.2017
Accepted: 06.03.2017

⊗ Surgical methods of treatment of Peyronie's disease by plication corporoplasty proved to be effective in the near and distant postoperative periods in the examined group of patients. These methods made it possible to quickly achieve the normalization of the shape of the penis without affecting the erectile function which enabled for patients to restore copulative activity and improve the quality of life.

⊗ **Keywords:** Peyroni's disease; plication corporoplasty; erectile function.

ВВЕДЕНИЕ

Болезнь Пейрони (БП) или фибропластическая индурация полового члена — это заболевание, при котором на белочной оболочке полового члена возникают фибропластические бляшки, нарушающие ее эластичность и приводящие к деформации полового члена при эрекции и развитию эректильной дисфункции. В патогенезе заболевания важная роль принадлежит микрокровоизлияниям в белочной оболочке полового члена, которые чаще всего возникают вследствие избыточного приложения механического воздействия на половой член, находящийся в состоянии ригидной эрекции. При последующем разрешении геморрагии образуется плотная фиброзная бляшка, ограничивающая эластичность белочной оболочки и обуславливающая направление искривления.

За последние несколько лет были накоплены сведения, позволившие изменить представления о распространенности БП в популяции. На смену представлениям о поражении этим заболеванием менее чем 1 % [1] мужчин пришло понимание того, что оно может встречаться значительно чаще и поражать от 3,2 до 7,1 % мужчин [2, 3] и при этом не всегда сопровождается выраженной клинической симптоматикой, при которой требуется применение лечебных мероприятий.

Типичная клиническая картина заболевания представлена триадой симптомов — боль, деформация полового члена при эрекции и зона уплотнения белочной оболочки и межжавернозной перегородки, которая обычно отчетливо определяется при пальпации. Несмотря на то что это заболевание вызывает озабоченность и настороженность пациентов,

оно никогда не угрожает жизни, и нарушение копулятивной функции всегда является основной, снижающей качество жизни жалобой, определяющей потребность в получении медицинской помощи.

В настоящее время специалистами разных стран накоплен достаточный опыт выполнения хирургической коррекции эректильной деформации у пациентов с БП, однако результаты, полученные исследователями, оказались противоречивы. До настоящего времени не выработан единый подход к пациентам, который позволил бы устранить деформацию полового члена при эрекции и не сопровождался бы риском развития побочных эффектов и осложнений. Мнения исследователей о том, какому методу хирургической коррекции полового члена стоит отдать предпочтение, остаются противоречивыми. В связи с этим представляет интерес изучение ближайших и отдаленных результатов оперативного лечения БП у пациентов, оперированных по единой методике в одном медицинском учреждении. Это и явилось целью нашего исследования, выполненного в клинике урологии ПСПбГМУ им. И.П. Павлова с 2000 по 2015 г.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ

В основу настоящего исследования положены результаты обследования и лечения 21 пациента с БП. Ретроспективный анализ архивных историй болезни включал в себя сбор информации по каждому пациенту. Были проанализированы такие

предоперационные данные, как возраст, рост, вес, жалобы, сопутствующая патология, предрасполагающие факторы, время начала заболевания, данные объективного осмотра, лабораторного и инструментального обследования до операции.

Демографические и клинические характеристики пациентов представлены в таблице 1.

Возраст пациентов находился в диапазоне от 22 до 74 лет и в среднем составил 52 ± 13 лет. Распределение пациентов по возрасту было следующим: в возрасте до 30 лет — 1 (5 %) человек, 30–39 лет — 2 (9,5 %), 40–49 лет — 3 (14,3 %), 50–59 лет — 9 (42,9 %), 60–69 лет — 5 (23,8 %), после 70 лет — 1 (5 %). Средняя продолжительность заболевания составила 27 месяцев и варьировала в диапазоне от 2 месяцев до 16 лет. Больше всего жалоб пациенты предъявляли на искривление полового члена (15 (71 %) пациентов) и боль (7 (33 %) пациентов). У 5 (24 %) пациентов наблюдались сочетанные жалобы на боль и наличие эректильной деформации, у 3 (14 %) боль сопровождалась появлением уплотнения на половом члене, а 1 (5 %) пациент отмечал появление эректильной дисфункции в сочетании с болевым синдромом. У подавляющего большинства искривление полового члена находилось в одной плоскости — 15 (71 %) пациентов, сложное искривление в нескольких плоскостях наблюдалось у 4 (19 %) пациентов. Больше половины больных (11 пациентов, 52 %) отмечали наличие уплотнения на поверхности полового члена. Пред-

Таблица 1

Характеристика пациентов с болезнью Пейрони ($n = 21$)

Признак	Значение
Возраст	52 ± 13 лет (от 22 до 74 лет)
Рост	178 ± 8 см (от 160 до 193 см)
Вес	85 ± 13 кг (от 58 до 117 кг)
Длительность заболевания	27 ± 41 мес. (от 2 месяцев до 16 лет 9 месяцев)
Период наблюдения	36 ± 30 мес. (от 2 месяцев до 5 лет)
Симптомы	Боль — 7 (33 %)
	Искривление — 15 (71 %)
	Эректильная дисфункция — 1 (5 %)
	Уплотнение — 3 (14 %)
Направление искривления	Дорсально — 6 (29 %)
	Вентрально — 2 (10 %)
	Влево — 4 (19 %)
	Вправо — 3 (14 %)
	Влево и вверх — 4 (19 %)
Градус искривления	51 ± 20 , от 15 до 90
Наличие бляшки	11 (52 %) пациентов

Таблица 2

Потенциальные факторы риска развития болезни Пейрони

Фактор риска	Количество пациентов
Гипертоническая болезнь	10 (48 %)
Сахарный диабет 2-го типа	4 (19 %)
Атеросклероз	4 (19 %)
Травмы полового члена	1 (5 %)
Заболевания, передающиеся половым путем	1 (5 %)
Операции в области малого таза	5 (24 %)
Хронический простатит	1 (5 %)

варительную консервативную терапию получали 8 пациентов (38 %). Для консервативного лечения использовались препараты витамина Е, ПАБК, инъекции верапамила и интерферона, а также Лонгидаза и Контратубекс. Ни у одного пациента консервативная терапия не дала положительного результата. Факторы риска развития заболевания обнаружены у большинства пациентов — 17 (81 %). Подробное распределение факторов риска представлено в таблице 2. Стоит отметить, что у многих пациентов наблюдалось сочетание нескольких факторов риска — 7 (33 %).

Все пациенты были оперированы после стабилизации клинического течения болезни — исчезновения болей и прекращения динамики нарастания искривления на протяжении 6–12 мес. Оперативное вмешательство заключалось в формировании циркулярного или продольного разреза кожи и оболочки полового члена, выделении участка белочной оболочки на стороне, противоположной искривлению, и проведении корпоропластики с иссечением белочной оболочки по Несбиту — у 6 (29 %) пациентов, с гофрированием белочной оболочки по Несбиту — Щеплеву — у 13 (61 %) пациентов, а также комбинации этих модификаций — у 2 (10 %) пациентов. Место наложения гофрирующих швов или зоны иссечения участков белочной оболочки определяли наложением зажимов на ее поверхность со стороны, противоположной искривлению, в условиях фармакологически индуцированной эрекции. При этом у всех пациентов удалось ликвидировать искривление полового члена.

Под динамическим наблюдением после операции находились 9 пациентов. Для мониторинга и оценки степени удовлетворенности пациентов полученным лечением использовали телефонное анкетирование, включавшее 33 вопроса об отдельных аспектах развития заболевания, образе жизни больного, а также о состоянии на текущий момент. Для оценки эректильной функции до и после лече-

ния заболевания использовались валидизированные анкеты AMS и МИЭФ-5.

Шкалы эрекции включали в себя 10-балльные визуальные аналоговые шкалы (0 — полное отсутствие эрекции, 10 — наиболее сильная эрекция), с помощью которых пациентам предлагалось оценить их уровень эрекции до операции, после появления симптомов и после оперативного лечения. Валидизированный вопросник AMS (Aging Male Symptoms) использовали для оценки сексологического, соматического и психологического статусов опрошенных мужчин согласно ответам на 17 вопросов. Все ответы на вопросы анкет оценивали в баллах, при этом не только определяли суммарный показатель, но и отдельно рассчитывали сумму баллов психологического (6, 7, 8, 11 и 13-й вопросы), соматического (1, 2, 3, 4, 5, 9 и 10-й вопросы) и сексологического (12, 14, 15, 16 и 17-й вопросы) доменов. Анкету МИЭФ-5 (международный индекс эректильной функции) применяли для оценки степени выраженности эректильной дисфункции. Сводная информация о данных проведенного анкетирования девяти пациентов, находившихся под динамическим наблюдением, представлена в таблице 3.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты исследования показали эффективность хирургических методов лечения. Большинство обследованных пациентов оказались удовлетворены проведенным лечением. В раннем послеоперационном периоде эректильная деформация была устранена в 100 % случаев. Только у 2 пациентов, по данным опросов, наблюдался рецидив искривления в позднем послеоперационном периоде. У одного из этих пациентов возникло искривление в ту же сторону, что и до операции. Оно сопровождалось нарастанием степени индукции белочной оболочки и было расценено как прогрессирование заболевания, возникшее после

Таблица 3

Оценка эректильной функции у пациентов с болезнью Пейрони

Номер пациента	Шкала эрекции «ДО»	Шкала эрекции «ПРИ»	Шкала эрекции «ПОСЛЕ»	Баллы AMS	Психологический домен AMS	Соматический домен AMS	Сексологический домен AMS	Баллы МИЭФ
1	8	8	8	32	5	13	14	19
2	7	7	7	19	5	7	8	25
3	9	9	9	23	5	10	8	19
4	8	5	5	49	13	19	17	5
5	10	8	7	18	5	8	5	25
6	8	4	6	44	11	20	13	20
7	9	6	5	39	9	21	9	23
8	8	8	9	25	6	10	9	10
9	8	7	7	34	13	14	7	24

периода относительной стабилизации. У второго пациента искривление отмечалось в противоположную от первоначального сторону. По нашему мнению, этот случай подтверждает наблюдения других специалистов, свидетельствующие в пользу возможности самопроизвольной регрессии заболевания с восстановлением изначальной геометрической формы полового члена. Эта реакция развилась спустя продолжительное время после стабилизации состояния и по своей выраженности была меньше, чем первичная деформация полового члена. В связи с этим пациенту не требовалось устранения результатов оперативной коррекции искривления, он сохранял удовлетворительную половую активность.

Анализ данных опросника AMS показал, что у 4 (44,5 %) пациентов не было клинически выраженных симптомов, характерных для мужчин пожилого возраста, и дефицита тестостерона, а у двоих (22,2 %) и троих (33,3 %) пациентов они были

слабыми и выраженными соответственно (рис. 1). У 4 (80 %) мужчин наибольшее число баллов анкеты было набрано в соматическом домене, что свидетельствовало о наличии сопутствующих заболеваний: гипертонической болезни и атеросклероза.

Согласно данным, полученным из анкет МИЭФ-5, 4 (44,5 %) пациента не имели эректильной дисфункции (ЭД), у 3 (33,3 %) наблюдалась умеренная ЭД, а у 2 (22,2 %) — тяжелая ЭД. При этом у одного из пациентов с тяжелой ЭД по анкете МИЭФ-5, но с низкими баллами по шкале AMS ранее была выполнена операция в области малого таза (открытая аденомэктомия). Несмотря на это, 8 (89 %) пациентов ответили, что они имеют эякуляцию и способны испытывать оргазм, при этом о преждевременном семяизвержении сообщили 2 (22,2 %) пациента.

Полученные нами результаты по основным параметрам оказались сопоставимы с данными зарубежных и отечественных ученых [4–7].

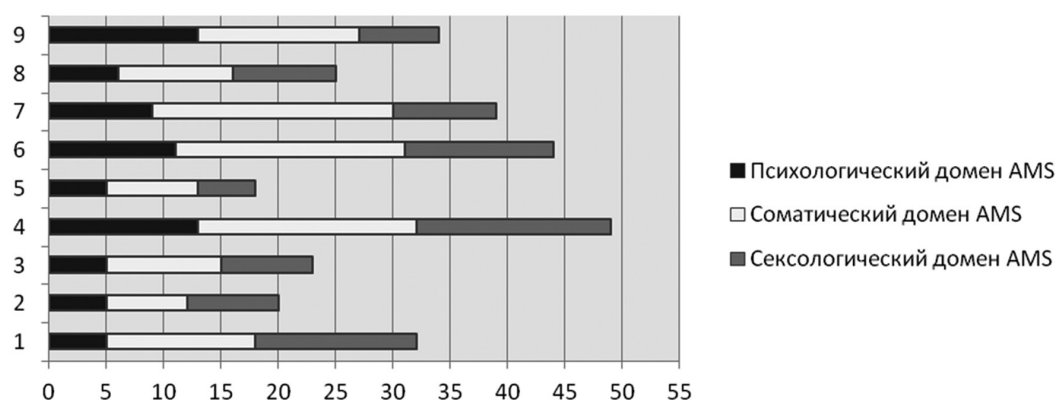


Рис. 1. Домены анкеты AMS

ВЫВОДЫ

Суммируя все вышесказанное, можно сделать вывод, что хирургические методы лечения болезни Пейрони путем пликационной корпоропластики у обследованного контингента оказались эффективными в ближайший и отдаленный послеоперационный периоды. Эти методы позволили быстро добиться нормализации формы полового члена без ущерба для эректильной функции, что дало возможность пациентам восстановить копулятивную активность и повысить качество жизни. В то же время наша работа продемонстрировала, что предрасположенность к развитию ЭД при БП с возрастом нарастает в связи с прогрессированием сопутствующих заболеваний, поэтому пациенты нуждаются в мониторинге и соответствующей корригирующей терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Lindsay MB, Schain DM, Grambsch P, et al. The incidence of Peyronie's disease in Rochester, Minnesota, 1950 through 1984. *Journal of Urology*. 1991;146(4):1007-1009.
2. Sommer F, Schwarzer U, Wassmer G, et al. Epidemiology of Peyronie's disease. *International Journal of Impotence Research*. 2002;14(5):379-383. doi: 10.1038/sj.ijir.3900863.
3. La Pera G, Pescatori ES, Calabrese M, et al. Peyronie's disease: prevalence and association with cigarette smoking: a multicenter population-based study in men aged 50-69 years. *European Urology*. 2001;40(5):525-530. doi: 10.1159/000049830.
4. Papagiannopoulos D, Yura E, Levine L. Examining Postoperative Outcomes after Employing a Surgical Algorithm for Management of Peyronie's Disease: A Single-Institution Retrospective Review. *J Sex Med*. 2015;12(6):1474-1480. doi: 10.1111/jsm.12910.
5. Carson CC, Levine LA. Outcomes of surgical treatment of Peyronie's disease. *BJU Int*. 2014;113(5):704-713. doi: 10.1111/bju.12565.
6. Hudak SJ, Morey AF, Adibi M, Bagrodia A. Favorable patient reported outcomes after penile plication for wide array of peyronie disease abnormalities. *J Urol*. 2013;189(3):1019-1024. doi: 10.1016/j.juro.2012.09.085.
7. Щеплев П.А., Данилов И.А., Колотинский А.Б., и др. Клинические рекомендации. Болезнь Пейрони // Андрология и генитальная хирургия. — 2007. — № 1. — С. 55–58. [Shcheplev PA, Danilov IA, Kolotinskiy AB, et al. Klinicheskie rekomendatsii. Bolezn' Peyroni. *Andrologiya i genital'naya khirurgiya*. 2007;(1):55-58. (In Russ.)]

Сведения об авторах:

Юлия Сергеевна Москалева — кафедра урологии. ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Минздрава России. E-mail: narayana-kalman@mail.ru.

Игорь Алексеевич Корнеев — д-р мед. наук, профессор кафедры урологии. ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Минздрава России. E-mail: iakorneyev@yandex.ru.

Information about the authors:

Yuliya S. Moscaleva — Department of Urology. Academician I.P. Pavlov First St Petersburg State Medical University of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation. E-mail: narayana-kalman@mail.ru.

Igor A. Korneyev — doctor of medical science, professor. Department of Urology. Academician I.P. Pavlov First St Petersburg State Medical University of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation. E-mail: iakorneyev@yandex.ru.