




**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ «ДОНЕЦКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ М.
ГОРЬКОГО» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

ВЫБОР МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ФИБРОПЛАСТИЧЕСКОЙ ИНДУРАЦИЕЙ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА


КОЛЛЕКТИВ КАФЕДРЫ УРОЛОГИИ

ДОНЕЦК 2024



Фибропластическая индурация полового члена или болезнь Пейрони – это деформация полового члена в состоянии эрекции, возникающая из-за наличия фиброзной бляшки в его белочной оболочке, приводящая к укорочению полового органа и развитию эректильной дисфункции

(С.И.Гамидов, 2017; Ю.С.Москалева, 2015; Д.Ю.Пушкарь, 2015; F.A.Yafi, 2015)




Эпидемиологические показатели распространенности заболевания в мужской популяции фибропластической индурации полового члена колеблются в широком диапазоне – от 0,4% до 3,2%, а некоторые исследователи приводят цифры от 1-2% до 10%.

(Л.П.Иванченко, 2007; Н.И.Тарасов с соавт., 2010; F.Sommer et al., 2002; W.Hellstrom, 2003; A.Hauptmann, 2011; F.E.Kuehhas, 2011)

Особо важным фактом в контексте репродуктивного здоровья является то, что особенно часто эректильная дисфункция (ЭД) при болезни Пейрони развивается у пациентов относительно молодого возраста.

(J.Pryor, D.Ralph, 2002)



Значительное разнообразие методов хирургического лечения болезни Пейрони и высокая частота неудовлетворительных функциональных результатов корпоропластики, диктует необходимость дальнейшего поиска наиболее биосовместимых графтов, разработки методов послеоперационной реабилитации для профилактики эректильной дисфункции, а также рецидива болезни Пейрони

(R.L.Segal, A.L.Burnett, 2013, Э.А. Повелица и соавт. 2019).


ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Улучшение результатов хирургического лечения у пациентов с фибропластической индурацией полового члена, путём разработки персонифицированного алгоритма выбора методики хирургической коррекции.

ДИЗАЙН ИССЛЕДОВАНИЯ




Проведен ретроспективный анализ историй болезни 80 больных с диагнозом «фибропластическая индурация полового члена» или «болезнь Пейрони, которые находились на стационарном лечении в урологическом отделении Донецкого клинического территориального медицинского объединения в период с 1997 по 2023 гг.

- 
- ▶ Критериями включения пациентов в исследование были: пенильная деформация, превышающая 45° ; степень укорочения полового члена; характер течения заболевания; стадия стабилизации 6 месяцев и более.
 - ▶ Критериями исключения пациентов из исследования были: врожденные деформации полового члена; ранее перенесенные заболевания на уретре; угол девиации менее 45° ; тяжелые формы эректильной дисфункции и отсутствие заинтересованности в восстановлении полноценной половой жизни.



Исследование проводилось в три этапа:

- ▶ Первый этап – комплексное урологическое обследование.
- ▶ Второй этап – выполнялось хирургическое лечение: лоскутная корпоропластика с использованием различных материалов (аутодермы, гетеротрансплантата «Коллост» и аутовенозного лоскута *v.dorsalis penis*).
- ▶ Третий этап – проводилась оценка эффективности хирургического лечения в раннем и отдаленном послеоперационном периодах.



Всем пациентам, участвующим в исследовании, проводилось клиническое обследование согласно рекомендациям Европейской ассоциации урологов:

- ▶ **оценка жалоб больных и сбор анамнеза (согласно Международному опроснику сексуальной функции);**
- ▶ **осмотр больного;**
- ▶ **физикальное исследование с пальпацией бляшки и фотографированием полового члена во время эрекции;**
- ▶ **ультрасонография и фармакододплерография полового члена.**



Критерии эффективности хирургического лечения:

- ▶ Степень девиации полового члена не более 20 градусов.
- ▶ Качество ригидности полового члена, необходимой для проведения полового акта.
- ▶ Уменьшение частоты рецидивов заболевания.

Общее количество
пациентов 80

**Первая
группа**
Дермальный
лоскут

30

**Вторая
группа**
Гетеротран
с-плантат
«Коллост»


30

Третья группа
аутоvenозный
лоскут
v.dorsalis penis

8

Фаллопро-
тезирование

12



При проведении доплеровского сканирования, после фармакостимуляции, измеряли:

- PSV, см/сек - пиковую систолическую скорость по кавернозным артериям;
- EDV, см/сек - конечную диастолическую скорость по кавернозным артериям;
- RI, отн. ед. - индекс резистентности сосудов,
 $RI = (PSV - EDV) / PSV$

Допплерографические показатели кровотока по кавернозным артериям после проведения фармакостимуляции Каверджектом 10 мкг (простагландином E₁)

Показатели	Первая группа (n=30)	Вторая группа (n=30)	Третья группа (n=8)
PSV dexter, см/с	51,8 (31,5 - 72,1)	52,6 (28,5 - 76,7)	53,7 (41,3 - 66,1)
PSV sinister, см/с	53,3 (34,7 - 71,9)	53,4 (38,1 - 68,7)	54,2 (44 - 64,4)
EDV, см/с	2,3 (0,1 - 4,5)	2,6 (0,1 - 5,3)	3,3 (2,7 - 3,9)
RI	0,62 (0,5 - 0,7)	0,64 (0,5 - 0,8)	0,71 (0,6 - 0,9)

МЕТОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДЕВИАЦИИ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА ПРИ БОЛЕЗНИ ПЕЙРОНИ

- ▶ 1 группа (n=30) 2001-2011 гг. Радикальное иссечение бляшки и замещение дефекта белочной оболочки полового члена свободным дермальным лоскутом
- ▶ 2 группа (n=30) 2007-2023 гг. Н-образное рассечение бляшки и графтинг дефекта биоколлагеновым комплексом Коллост®
- ▶ 3 группа (n=8) 2011-2021 гг. Н-образное рассечение бляшки и замещение дефекта белочной оболочки полового члена аутовенозным лоскутом с *v.dorsalis penis*

ПРОТОКОЛ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ, НАПРАВЛЕННЫЙ НА ПРОФИЛАКТИКУ ОСЛОЖНЕНИЙ ГРАФТИНГА

- Ранний перевод пациентов на фармакотерапию ингибиторами фосфодиэстеразы (ИФДЭ).**
- После полного заживления раны, для профилактики сморщивания графта – длительная (4-6 месяцев), ежедневная тракционная терапия локальным отрицательным давлением (ЛОД-терапия)**
- Проведение фармакотерапии, направленной на улучшение микроциркуляции и ангиогенеза трансплантата.**

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

(медиана, I и III квантили)

Показатели	Первая группа (n=30)	Вторая группа (n=30)	Третья группа (n=8)
Время операции, мин.	100* [^] (90,5 - 124)	140* (120 - 160)	160 [^] (150 - 180)
Длительность госпитализации, сутки	14* [^] (9,8 - 28)	9,3* (7,9 - 13,7)	7,6 [^] (6,8 - 11,4)

* – $p < 0,05$ при сравнении I и II групп;

[^] – $p < 0,05$ при сравнении I и III групп

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

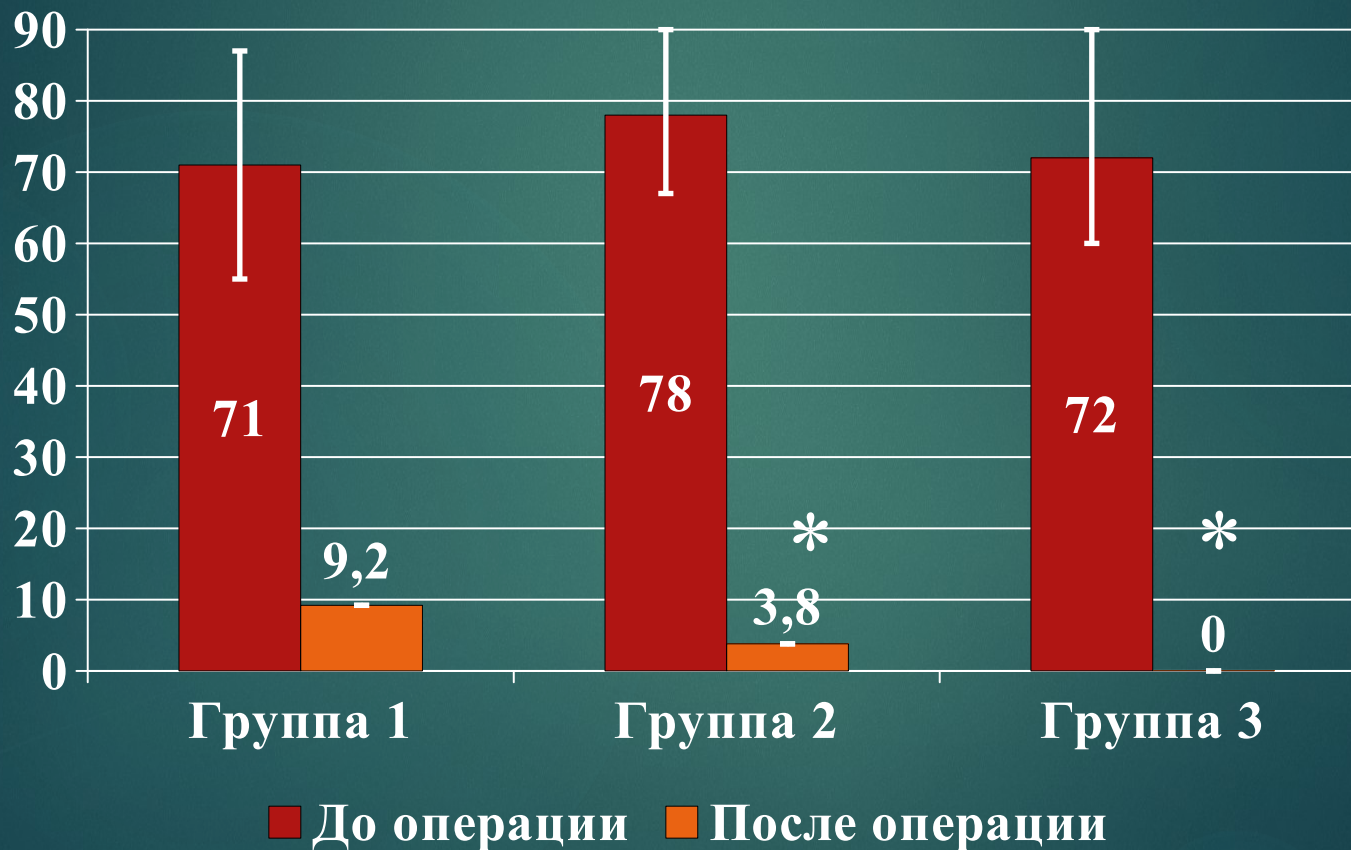
НАЛИЧИЕ ДЕВИАЦИИ ИСХОДНО И В РАННЕМ
ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ
(95% доверительный интервал)

Группа 1		Группа 2		Группа 3	
До операции	После операции	До операции	После операции	До операции	После операции
30	2*	30	1*	8	0*
(ДИ 93,8-100%)	(ДИ 0,6-18,8%)	(ДИ 93,8-100%)	(ДИ 0-13,1%)	(ДИ 78,6-100%)	(ДИ 0-21,4%)

* - $p < 0,05$ при внутригрупповом сравнении

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

УГОЛ ДЕВИАЦИИ ИСХОДНО И В РАННЕМ
ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ
(медиана, I и III квантили)



* - $p < 0,05$ при внутригрупповом сравнении

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

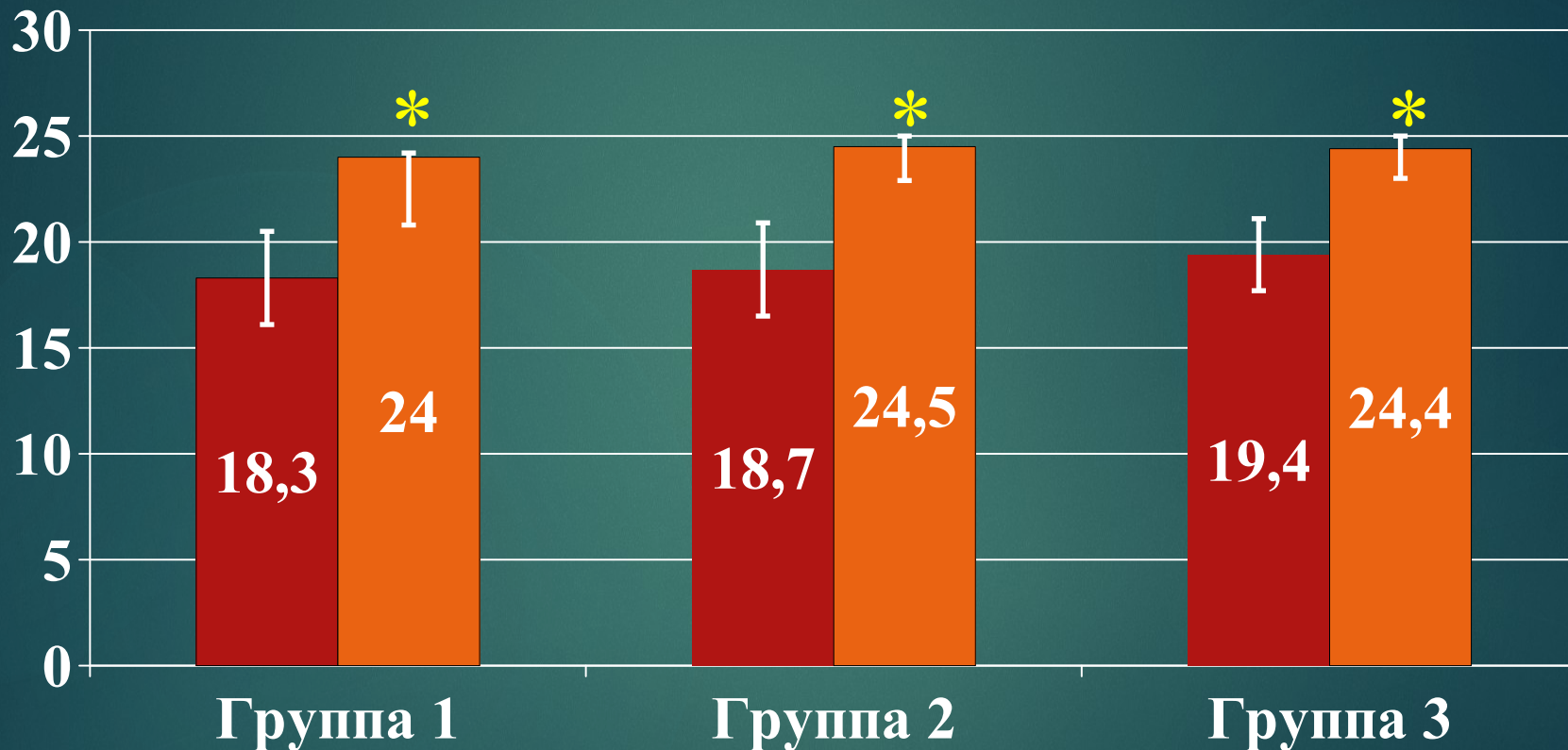
ВОЗМОЖНОСТЬ ИНТРОЕКЦИИ ИСХОДНО И В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ
(95% доверительный интервал)

Группа 1		Группа 2		Группа 3	
До операции	После операции	До операции	После операции	До операции	После операции
0	28*	0	29*	0	8*
(ДИ 0-6,2%)	(ДИ 81,2-99,4%)	(ДИ 0-6,2%)	(ДИ 86,9-100,0%)	(ДИ 0-21,4%)	(ДИ 78,6-100,0%)

* - $p < 0,05$ при внутригрупповом сравнении

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

СУММА БАЛЛОВ по ПЕФ 5 ИСХОДНО И В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ
(МЕДИАНА, I и III квантили)



■ До операции ■ После операции

* - $p < 0,05$ при внутригрупповом сравнении

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

НАЛИЧИЕ ДЕВИАЦИИ В РАННЕМ И ОТДАЛЕННОМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДАХ
(95% доверительный интервал)

Группа 1		Группа 2		Группа 3	
6-12 недель	12-15 месяцев	6-12 недель	12-15 месяцев	6-12 недель	12-15 месяцев
2	12*○◆	1	2○	0	0◆
(ДИ 0,6- 18,8%)	(ДИ 22,8- 58,6%)	(ДИ 0- 13,1%)	(ДИ 0,6- 18,8%)	(ДИ 0- 21,4%)	(ДИ 0- 21,4%)

* – $p < 0,05$ при внутригрупповом сравнении;

○ – $p < 0,05$ при сравнении I и II групп;

◆ – $p < 0,05$ при сравнении I и III групп

ВОЗМОЖНОСТЬ ИНТРОЕКЦИИ В РАННЕМ И ОТДАЛЕННОМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДАХ
(95% доверительный интервал)

Группа 1		Группа 2		Группа 3	
6-12 неделя	12-15 месяцев	6-12 неделя	12-15 месяцев	6-12 неделя	12-15 месяцев
28	20*[○]◆	29	28[○]	8	8◆
(ДИ 81,2- 99,4%)	(ДИ 48,3- 82,7%)	(ДИ 86,9- 100%)	(ДИ 81,2- 99,4%)	(78,6- 100%)	(78,6- 100%)

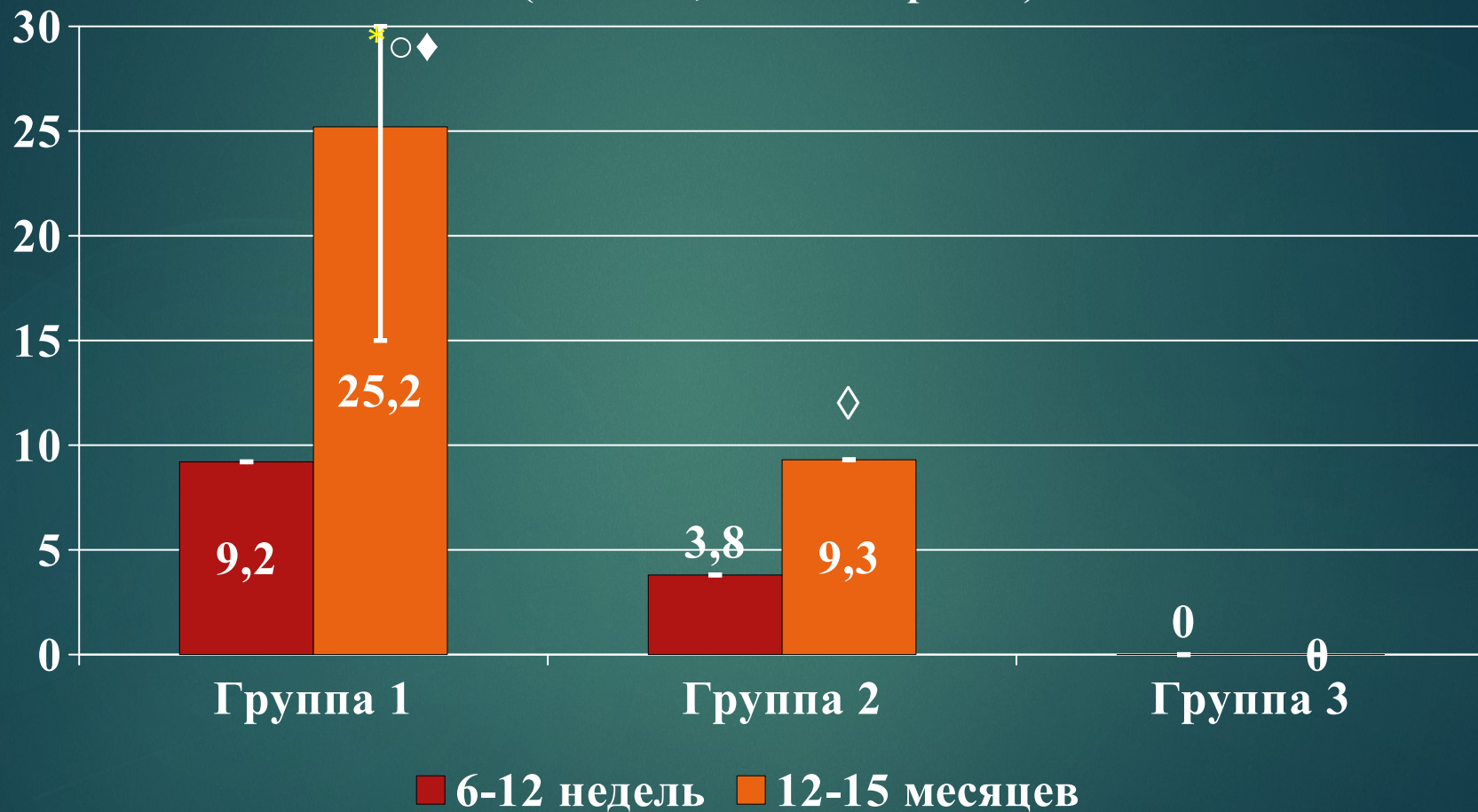
* – $p < 0,05$ при внутригрупповом сравнении;

○ – $p < 0,05$ при сравнении I и II групп;

◆ – $p < 0,05$ при сравнении I и III групп

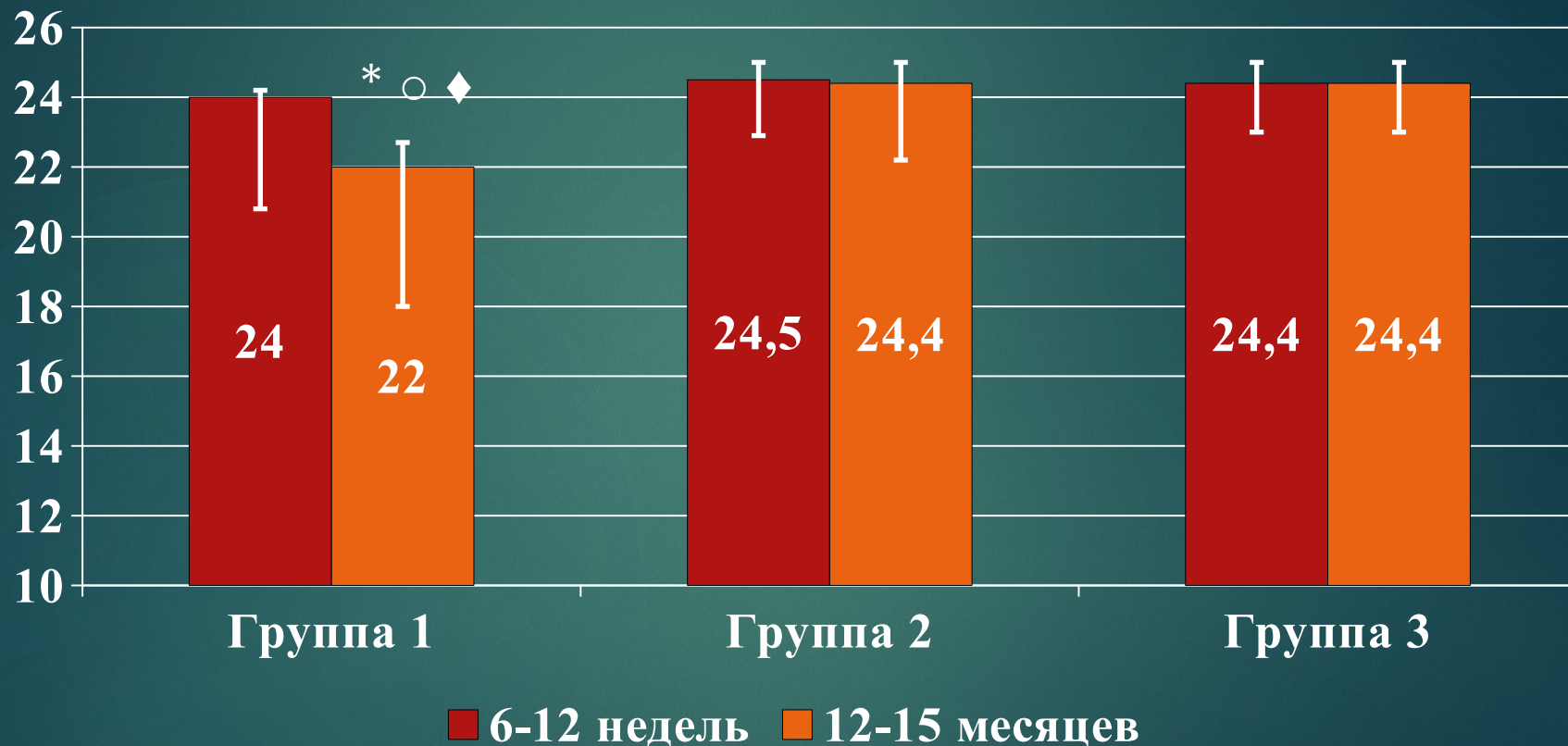
УГОЛ ДЕВИАЦИИ ИСХОДНО И В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

(медиана, I и III квантили)



* – $p < 0,05$ при внутригрупповом сравнении; o – $p < 0,05$ при сравнении I и II групп;
♦ – $p < 0,05$ при сравнении I и III групп; ◇ – $p < 0,05$ при сравнении II и III групп

СУММА БАЛЛОВ по ПЕФ 5 ИСХОДНО И В РАННЕМ И ОТДАЛЕННОМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДАХ (МЕДИАНА, I и III квантили)



* – $p < 0,05$ при внутригрупповом сравнении;
○ – $p < 0,05$ при сравнении I и II групп;
◆ – $p < 0,05$ при сравнении I и III групп


На основании анализа полученных результатов хирургического лечения болезни Пейрони и учитывая концепцию патоморфогенеза, нами был разработан алгоритм выбора метода хирургического лечения этой категории больных:

Эректиль- ная функция	Площадь рубцовой бляшки (см ²)	Сумма баллов по ПЕФ 5 (баллы)	PSV (см/с)	EDV (см/с)	Метод хирургического лечения
Нарушена	Любая	< 16	< 30	> 10	Эндофаллопротези- рование и графтинг любым материалом
Изменена	> 5	≥ 18	> 35	< 3-5	Графтинг биоколлагеном «Коллост»
Изменена	< 5	≥ 18	> 35	< 3-5	Графтинг аутовеной

ВЫВОДЫ

Отдаленные результаты хирургического лечения, с использованием аутодермального лоскута, свидетельствуют о восстановлении копулятивной функции с возможностью интродукции только у 66,7% пациентов, что затрудняет полную социальную адаптацию данной категории больных.

Использование для замещения дефекта белочной оболочки кавернозных тел полового члена биологической матрицы – гетеротрансплантата «Коллост» (93%) и аутовенозного лоскута *v.dorsalis penis* (100%), дает хорошие клинические результаты и позволяет добиться хорошего функционального и косметического результата в раннем и отдаленном послеоперационном периоде.



Хирургическая методика в виде релаксирующего поперечного Н-образного рассечения фиброзных бляшек с последующим замещением дефекта белочной оболочки кавернозных тел полового члена биологической матрицей – гетеротрансплантата «Коллост» и аутовенозного лоскута *v.dorsalis penis* является эффективным методом хирургического лечения выраженных девиаций полового члена, способствующая быстрой нормализации формы полового члена без ущерба для эректильной функции.

Выбор метода хирургической коррекции эректильной деформации и материала трансплантата для замещения дефекта белочной оболочки кавернозных тел полового члена, должен основываться не только на степени выраженности эректильной дисфункции, но и площади фиброзной бляшки

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ