



УКРАЇНА

(19) UA

(11) 61341

(13) A

(51) 7 A61B8/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВИНАХІДвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ВИБОРУ МЕТОДУ ЛІКУВАННЯ ФІБРОПЛАСТИЧНОЇ ІНДУРАЦІЇ СТАТЕВОГО ЧЛЕНА ПРИ ХВОРОБІ ПЕЙРОНІ

1

2

(21) 2003010021

(22) 02 01 2003

(24) 17 11 2003

(46) 17 11 2003, Бюл. № 11, 2003 р.

(72) Гузенко Валерій Миколаєвич, Виненцов Юрій
Олексійович, Шамраєв Сергій Миколайович, Зо-
лочевський Сергій Анатолієвич(73) ДОНЕЦЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІ-
ВЕРСИТЕТ ІМ. М. ГОРЬКОГО(57) Спосіб вибору методу лікування фіброплас-
тичної індурації статевого члена при хворобі

Пейрони, що включає визначення розмірів і якості фіброзних бляшок шляхом ультразвукового сканування, який відрізняється тим, що визначають коефіцієнт осифікації K - величину відношення кальцинованої частини бляшки до загальної її площі і, якщо $K < 0,35$, рекомендують консервативний метод лікування, а при $K > 0,35$ - роблять висновок про необхідність оперативного лікування.

Винахід належить до медицини, а саме - до урології і може бути використаний для визначення тактики лікування фібропластичної індурації статевого члена при хворобі Пейроні.

Хвороба Пейроні або фібропластична індурація статевого члена характеризується утворенням фіброзних бляшок на поверхні кавернозних тіл статевого члена. Утворення фіброзних бляшок призначається як асептичне запалення у з'єднувальній тканині між білковою оболонкою кавернозних тіл та їх ерекtilьною тканиною як результат хронічної мікротравми статевого члена, утягуючи в запальний процес еластичну тканину білкової оболонки. Першим проявом хвороби є скривлення або кутоподібна деформація статевого члена під час ерекції, що зумовлено обмеженням еластичності білкової оболонки у зоні фіброзної бляшки. Наслідком цього є розвиток ерекtilьної дисфункції.

Ступінь вказаних порушень залежить від величини фіброзної бляшки. При виборі способу лікування орієнтувались на дані загального огляду і візуально визначальний ступінь деградації статевого члена. Вирішення про вибір способу лікування (хірургічний або консервативний) треба приймати, як правило, на підставі визначення стадії, для чого важливо вміти диференціювати бляшку у стадії активного келоїду, коли ефективна лише фармакофізична терапія, від бляшки у стадії склерозу-

галінозу, при якому можливе повне зцілення фокуса тканини та одужання хворого. Однак, до нинішнього часу не існувало вірогідних критеріїв оцінки розмірів фіброзної бляшки - основного патологоанатомічного субстрату захворювання і якості складу її.

Відомий спосіб електронної термометрії [Д. В. Кан, А. С. Сегал і др. Совершенные методы диагностики болезни Пейрони / Урология и нефрология - 1982, №5 - С. 34-35], згідно з яким принцип вимірювання розмірів фіброзної бляшки полягає у скануючому переміщенні виносного датчика поздовжньо і поперечно по тильній поверхні статевого члена. Виходячи з одержаних даних електронної термографії, на межі проекції бляшки на шкіру статевого члена температура шкіри знижується на $0,2-0,3^{\circ}\text{C}$. Таким чином, одержували точки проекції меж бляшки на шкіру статевого члена, відстань між якими вимірювали штангенциркулем. До числа недоліків способу визначення розміру бляшки шляхом електронної термографії треба віднести складність визначення розмірів фіброзної бляшки, розташованої інтрасептально і позадулонно. Основним же недоліком способу є те, що за допомогою нього неможливо визначити розміри кальцинованої частини бляшки, що необхідно для диференційної діагностики стадії розвитку захворювання.

(13) A

(11) 61341

(19) UA

Відомий спосіб візуалізації фібропластичних змінень у статевому члені шляхом рентгенографії [Д В Кан, А С Сегал и др. Совершенные методы диагностики болезни Пейрони / Урология и нефрология - 1982, №5 - С 37]. Однак, недоліком способу є те, що зображення фіброзної бляшки із застосуванням рентгеновського випромінювання може бути одержано у хворих лише з явищами кальцифікації або осифікації, тобто лише у більш пізній стадії захворювання.

Відомий також спосіб визначення розмірів і форм фіброзно-пластичних утворень за допомогою ультразвукового сканування [Г Я Новак, А В Амосов. Ультразвуковая диагностика болезни Пейрони / Урология и нефрология - 1982, №5 - С 38-40], обраний за прототип згідно з описаним способом, "ультрасонографію статевго члена виконують шляхом прямої візуалізації і з використанням акустичної затримки у вигляді тонкостінного гумового мішка, який фіксується тасьомками навколо статевго члена і заповнюється дистильованою водою, яка практично не містить бульбашок повітря". На відміну від електронної термометрії ультразвукове дослідження дозволяє виявити фіброзні зміни у статевому члені, що розташовується позаду лонного зчленування. Ультразвукове сканування статевго члена є простим, атравматичним і безпечним методом дослідження, який дозволяє одержати пошарове зображення досліджуваних структур у будь-якій площині і дає більш точні дані про розміри, локалізацію, розповсюдженість індуриативного процесу, ніж рентгенологічні методи дослідження і пальпаторні дані. Ехографія має також велику діагностичну цінність у виявленні ранніх стадій фібропластичної індурації статевго члена, коли патологічний процес ще не поширився на кавернозні тіла. Спосіб можна успішно використовувати для об'єктивної оцінки консервативної терапії. Однак, спосіб-прототип не дозволяє дати відповідь на питання про вибір переважного способу лікування для даного хворого і визначити показання до оперативного лікування.

Винахід розв'язує задачу вибору оптимального способу лікування (консервативний або оперативний) у хворих з фібропластичною індурацією статевго члена при хворобі Пейрони у залежності від стадії захворювання за рахунок забезпечення можливості вірогідного визначення стадії стабілізації захворювання і стану бляшки у стадії склерозу-палінозу.

Поставлена задача розв'язується шляхом визначення коефіцієнта осифікації фібропластичної бляшки, а саме величини відношення площі кальцинованої або осифікованої частини бляшки до загальної її площі, для чого визначають загальну площу бляшки, шляхом ультразвукового сканування - її кальциновану частину, потім вираховують величину коефіцієнта осифікації (K) і, якщо $K < 0,35$ - рекомендують консервативне лікування, а у випадку, якщо $K > 0,35$ - рекомендують оперативне лікування, наприклад, корпопластику статевго члена вільним шкірним клаптем.

Новим у заявленому способі є введення нового інформативного параметра - коефіцієнта осифікації, що являє собою відносну величину (відношення кальцинованої частини бляшки до її

загальної площі), який дозволяє вірогідно оцінити стадію процесу. Введення даного інформативного параметра стало можливим на підставі клінічних досліджень віддалених результатів лікування хворих з фібропластичною індурацією статевго члена протягом 5 років у 97 хворих. Введення даного інформативного параметра дозволяє з високим ступенем точності і вірогідності рекомендувати оперативне лікування у хворих з коефіцієнтом осифікації $K > 0,35$, не витрачаючи часу на практично марне та економічно невигідне, у даному випадку, консервативне лікування, тому що хірургічне видалення ураженої ділянки білкової оболонки, яке викликає деградацію статевго члена, залишається єдиним способом лікування пацієнтів даної категорії.

Спосіб здійснюється таким чином.

Під час огляду статевго члена визначають загальні розміри фіброзної бляшки (площу), для чого вимірюють довжину і ширину її (у найбільшому її вимірюванні) за допомогою спеціального вимірного пристосування, що являє собою ділянку рентгеновської плівки з нанесеною на неї координатною сіткою. Після цього здійснюють ультразвукове дослідження статевго члена і визначають розміри осифікованої (кальцинованої) її частини. Вираховують площу кальцинованої частини бляшки. Визначають коефіцієнт осифікації K , а саме відношення площі кальцинованої частини бляшки до загальної її площі. При величині $K < 0,35$ рекомендують консервативне лікування, а при величині $K > 0,35$ - оперативне.

Приклад конкретного використання способу.

Приклад 1. Хворий М., 49 років, поступив в урологічне відділення обласної клінічної лікарні із скаргами на болі у статевому члені і його скривленні у дорзальний бік до 20° під час ерекції. При огляді по дорзальній поверхні статевго члена визначається фіброзна бляшка величиною 3×4 см. Виконано УЗД статевго члена. Визначені розміри осифікованої частини бляшки - $1,5 \times 2$ см. Індекс осифікації $K = 0,20$. Пацієнту призначена консервативна терапія за методикою, розробленою на кафедрі урології ДонДМУ.

При повторному огляді через три місяці скарги на незначне скривлення статевго члена, які не перешкоджають інтромісії. Болі у статевому члені під час ерекції відсутні. При об'єктивному огляді фіброзна бляшка на дорзальній поверхні статевго члена зменшилась у розмірах. Індекс осифікації бляшки $K = 0,15$. Ерекційна функція задовільна. Курс консервативного лікування продовжений. Рекомендовано динамічне спостереження 2 рази на рік.

Приклад 2. Хворий Х., 52 роки. Поступив в урологічне відділення із скаргами на скривлення статевго члена під час ерекції з неможливістю інтромісії під час статевго акту. Вважає себе хворим близько 2-х років, коли уперше відзначив болі у статевому члені під час ерекції, потім скривлення статевго члена у дорзальний бік. При об'єктивному дослідженні по дорзальній поверхні визначається фіброзна бляшка розміром 3×2 . Розмір осифікованої частини - 3×2 . Індекс осифікації $K = 0,6$. Пацієнту поставлений діагноз фібропластичної індурації статевго члена у стадії склерозу-

палінозу. Була запропонована і виконана операція зсічення фіброзної бляшки, аутодермопластика білкової оболонки статевого члена. При контрольному огляді через 3 місяці скарг немає. Рекомендовано санаторно-курортне лікування і динамічне спостереження в клініці 1 раз на рік.

Усього за період 5 років проліковано в клініці 97 хворих з діагнозом - фібропластична індурація статевого члена. З 36 хворих з низьким коефіцієнтом осифікації, тобто таким, що знаходились на

початкових стадіях захворювання, успішне консервативне лікування одержали 35 чоловік. Один чоловік, у якого $K=0,35$, у подальшому був прооперований. Хірургічна корекція у решти хворих з індексом осифікації $K>0,35$ за модифікованими методиками корпопластики статевого члена вільним клаптем виконана успішно і з відновленням копулятивної функції у 81,8% хворих і при доброму косметичному ефекті у 86,4% пацієнтів.