ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ТЕОРИЯ КЛЕЙМАНА О РАЗВИТИИ БОЛЕЗНИ ПЕЙРОНИ

Курчанова Ю.В., Ивантеева Ю.И., Ковальцова М.В., Сулхдост И.А.

Харьковский национальный медицинский университет, кафедра патологической физиологии имени Д.О. Альперна, Харьков, Украина

Научный руководитель – проф. Николаева О.В.

Фибропластическая индурация полового члена (ФИПЧ), впервые описанная в 1743 году как болезнь Пейрони (БП), наблюдается сегодня у 9% взрослых мужчин в возрасте от 40 до 70 лет. Хотя изучение ее продолжается более 250 лет, однако не имеется определенного описания процесса патофизиологии БП. Наибольшее распространение в последнее время получила теория Клеймана. Согласной данной концепции в результате частого травмирования стенки микрососудов белочной оболочки на месте повреждения выпадает фибрин. Запускается воспалительная реакция, которая в результате анатомо-физиологических особенностей этого слоя (слабая васкуляризация), затягивается на длительное время. Возникает пролиферативное воспаление с вовлечением участков ткани, которые не были ранее повреждены, а вместе с ними и проходящие в них нервные окончания и сосуды подвергаются данному виду воспаления. На данном участке эластичная ткань белочной оболочки замещается келоидной рубцовой тканью хрящевидной плотности, в которой формируются зоны кальцификации за счет отложения ионов Ca2+. Подобные фиброзные бляшки могут иметь форму продольной хорды или узелков очень плотной консистенции, четко отграниченых от окружающих тканей. Таким образом, для ФИПЧ характерен комплекс симптомов, который состоит из трех составляющих: 1) соединительно-тканный характер образования, 2) связь бляшки с белочной оболочкой, 3) рост образования под белочной оболочкой. Исходя из данных анамнеза и результатов обследования происходит постановка диагноза "болезнь Пейрони".

С диагностической целью в настоящее время при болезни Пейрони применяются ультразвуковое исследование (УЗИ) с допплерографией сосудов полового члена на фоне фармакостимулированной эрекции, что позволяет выявить локализацию, размеры и области кальцификации фиброзных бляшек белочной оболочки полового члена. Используются рентгенологические тесты (рентгеновскую компьютерную томографию), однако недостатком метода является то, что он позволяет визуализировать бляшку только в стадии кальцификации. Благодаря высокому пространственному разрешению и возможности получения мультипланарных изображений, информативным является магнитно–резонансная томография (МРТ). Применение парамагнитных контрастных средств существенно расширяет диапазон диагностических возможностей МРТ, повышая ее чувствительность и специфичность, и дает возможность получить информацию относительно активности воспаления в зоне бляшки и прилегающей кавернозной ткани. Спиральная компьютерная томография полового члена – это наиболее современный метод обследования, который позволяет определить биомеханические характеристики поврежденного полового члена. Особенно важен этот метод при определении границ оперативного вмешательства и подбора трансплантатов для корпоропластики. В целом на данный момент не существует какой–либо методики терапевтического лечения болезни Пейрони, которая обеспечивала бы надежное излечение, что является очень травматическим психоэмоциональным и психосексуальным фактором значительно ухудшающими качество жизни мужчин, и требует дальнейшего изучения.