

# **АНАЛИЗ РАЗМЕРОВ ФИБРОЗНЫХ БЛЯШЕК ПОЛОВОГО ЧЛЕНА У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРОЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ СТАДИЕЙ ПРИ БОЛЕЗНИ ПЕЙРОНИ**

Козловский К. В., Угольник Т. С., Мазанчук А. А.

*Гомельский государственный медицинский университет,  
Республика Беларусь, г. Гомель*

## **ANALYSIS OF THE SIZE OF FIBROUS PLAQUES OF THE PENIS IN PATIENTS WITH ACUTE AND CHRONIC STAGES OF PEYRONIE'S DISEASE**

Kozlovsky K. V., Ugolnik T. S., Mazanchuk A. A.

*Gomel State Medical University, Republic of Belarus, Gomel*

**Аннотация:** Болезнь Пейрони – это прогрессирующее заболевание, характеризующееся образованием фиброзных бляшек в белочной оболочке полового члена, приводящих к его искривлению, болевому синдрому и нарушению эректильной функции. Целью настоящего исследования является выявление связи между длительностью заболевания и размером фиброзных бляшек. Полученные данные могут быть использованы для прогнозирования течения болезни и выбора тактики лечения.

**Ключевые слова:** Болезнь Пейрони, фиброзная бляшка, стадия заболевания, искривление полового члена, эректильная дисфункция.

**Abstract:** Peyronie's disease is a progressive disorder characterized by the formation of fibrous plaques in the tunica albuginea of the penis, leading to penile curvature, pain, and erectile dysfunction. The aim of this study is to identify the relationship between disease duration and the size of fibrous plaques. The data obtained can be used to predict the course of the disease and determine treatment options.

**Keywords:** Peyronie's disease, fibrous plaque, disease duration, penile curvature, erectile dysfunction.

## **Введение**

Болезнь Пейрони представляет собой хронический воспалительный процесс, при котором происходит локальное утолщение и фиброз белочной оболочки полового члена. Эти изменения приводят к образованию плотных бляшек, вызывающих искривление при эрекции, болевые ощущения и, в ряде случаев, эректильную дисфункцию [3]. Патогенез заболевания включает микротравмы, воспаление, активацию фибробластов и отложение коллагена I и III типов [1].

Клинически болезнь проходит две стадии:

1. Острая стадия (до 10-12 месяцев): характеризуется болевым синдромом, нестабильным искривлением и активным ростом бляшек;
2. Хроническая стадия (более 10-12 месяцев): стабилизация искривления, уменьшение боли, но сохранение фиброзных изменений [2].

Размер бляшки является важным маркером стадии заболевания и может использоваться для оценки прогрессирования и эффективности терапии. В настоящем исследовании мы анализируем размеры бляшек у пациентов с различной длительностью болезни.

## **Объекты и методы исследования**

Были изучены медицинские карты (форма МКБ-10 – N48.6) у 17 пациентов с болезнью Пейрони, находившихся на стационарном лечении в урологическом отделении УЗ «Гомельская городская клиническая больница № 2» в 2015-2024 годах, средний возраст которых составил 53 (28; 70) года.

Для обработки информации использовали программный комплекс Statistica 12.0. Поскольку проверка критерием Шапиро-Уилка показала отсутствие нормальности исследуемых показателей, был выбран подход на основе непараметрических методов [4]. С целью сопоставления частоты

появления числовых переменных применялся U-критерий Манна-Уитни. Описательные характеристики представлены как  $Мe$  ( $Q1$ ;  $Q3$ ), где  $Мe$  означает медиану, а  $Q1$  и  $Q3$  соответствуют первым и третьим квартилям. Статистическую значимость различий фиксировали при уровне  $p<0,05$ .

### **Результаты исследования и их обсуждение**

Анализ динамики размеров фиброзных бляшек полового члена у пациентов с болезнью Пейрони в зависимости от стадии заболевания представлен на рисунке 1.

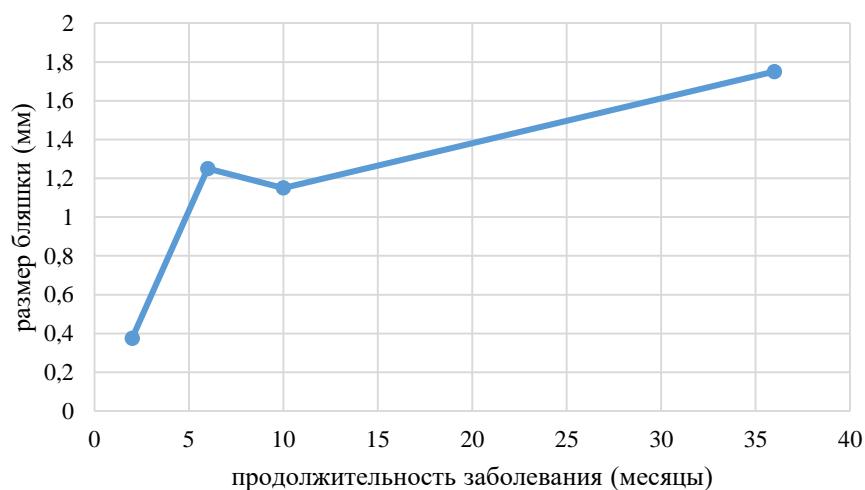


Рисунок 1. Характер изменения размера фиброзных бляшек полового члена у пациентов с болезнью Пейрони с разной стадией заболевания

График демонстрирует общую тенденцию к увеличению размеров бляшек по мере прогрессирования заболевания. На ранних этапах (до 6 месяцев) наблюдается резкое увеличение размеров бляшек, что может отражать активную fazу воспалительного и фиброзного процессов. В интервале от 6 до 10 месяцев рост бляшек замедляется, что, вероятно, связано с переходом заболевания в более стабильную fazу. Однако, при длительности заболевания свыше 10 месяцев вновь отмечается увеличение размеров фиброзных образований.

Такая двухфазная динамика может свидетельствовать о сложном

патогенезе болезни Пейрони, включающем как активные фиброзные изменения, так и возможные процессы ремоделирования или повторной активации воспаления. Полученные данные подтверждают клинические наблюдения о неравномерном характере прогрессирования заболевания.

В группе пациентов с острой стадией заболевания (продолжительность заболевания менее 10 месяцев) среднее значение размеров бляшки полового члена составило 1,0 (0,05; 1,5) мм. В группе с хронической стадией (продолжительность заболевания более 10 месяцев) средний размер фиброзных бляшек имел более высокие значения – 1,5 (1,0; 2,5) мм.

Применение критерия Манна-Уитни показало наличие статистически значимой разницы между группами ( $U = 60$ ;  $Z \approx 3,02$ ;  $p = 0,003$ ). Таким образом, размеры бляшек у пациентов с хронической стадией статистически значимо больше размеров в острой фазе заболевания (рисунок 2).

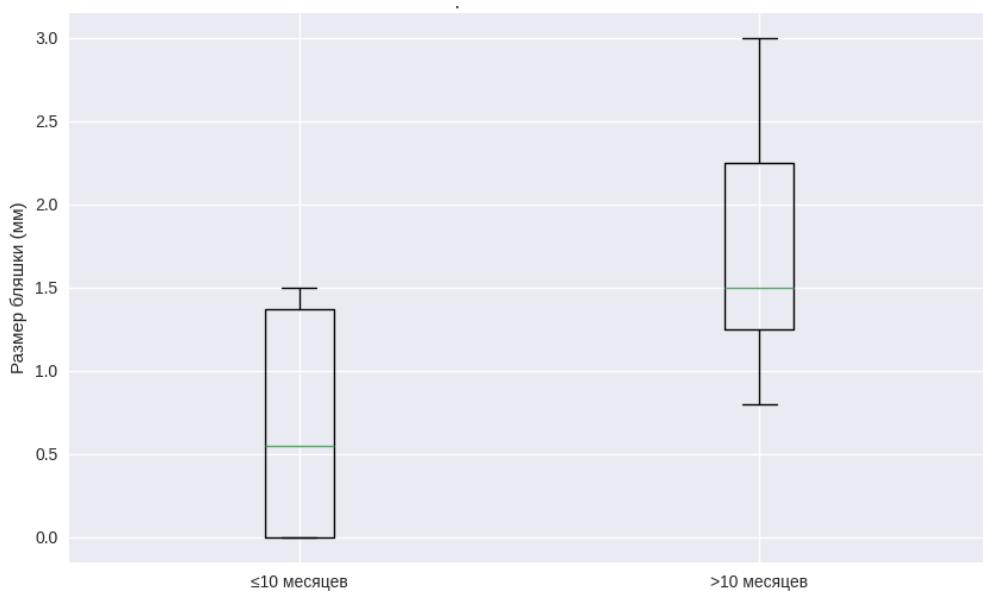


Рисунок 2. Средние значения размеров фиброзных бляшек полового члена пациентов с болезнью Пейрони в зависимости от продолжительности заболевания

Полученные результаты подтверждают, что пациенты с длительным течением болезни требуют более существенного подхода к лечению,

включая инъекционную терапию коллагеназами, физиотерапию, а, в ряде случаев, хирургическое вмешательство.

Результаты исследования могут быть использованы для оценки динамики заболевания, выбора рациональной лечебной тактики и контроля эффективности терапии.

Раннее выявление болезни Пейрони и своевременное начало лечения способны замедлить развитие фиброзных изменений и способствовать сохранению качества жизни пациента.

### **Заключение**

Проведенный анализ показал, что длительность болезни Пейрони оказывает значимое влияние на размеры фиброзных бляшек у пациентов. Больные с длительностью заболевания более 10 месяцев имеют существенно большие размеры бляшек, чем пациенты с острой стадией заболевания ( $p<0,01$ ).

### **Список литературы:**

1. Касенова Б. Ж., Нотов И. К., Борвин Е. А., Еркович А. А. Современные представления о патогенезе и методах лечения болезни Пейрони // Здравоохранение Югры: опыт и инновации. 2018. № 2. С. 45-49.
2. Лелявин К. Б. Актуальные представления о болезни Пейрони (клиническая лекция) // Acta Biomedica Scientifica. 2023. Т. 8, № 2. С. 112-118.
3. Москалева Ю. С., Остапченко А. Ю., Корнеев И. А. Болезнь Пейрони // Урологические ведомости. 2015. Т. 5, № 2. С. 58-63.
4. Чубуков Ж. А., Угольник Т. С. Непараметрические методы и критерии медико-биологической статистики: учеб.-метод. пособие для студентов 3 курса всех фак-тов мед. вузов / Ж. А. Чубуков, Т. С. Угольник. Гомель: ГомГМУ, 2012. 16 с.

### **Сведения об авторах:**

**Козловский Кирилл Валентинович** – обучающийся лечебного факультета, Гомельский государственный медицинский университет, Республика Беларусь, г. Гомель.

**Угольник Татьяна Станиславовна** – кандидат медицинских наук, доцент, доцент кафедры анатомии человека с курсом оперативной хирургии и топографической анатомии, Гомельский государственный медицинский университет, Республика Беларусь, г. Гомель.

**Мазанчук Алла Александровна** – ассистент кафедры поликлинической терапии и общеизрачебной практики с курсом ФПК и переподготовки, Гомельский государственный медицинский университет, Республика Беларусь, г. Гомель.

**Information about the authors:**

**Kozlovsky Kirill Valentinovich** – student of the Faculty of Medicine, Gomel State Medical University, Republic of Belarus, Gomel.

**Ugolnik Tatiana Stanislavovna** – PhD in Med, Associate Professor, Associate Professor of the Department of Human Anatomy with a course in Operative Surgery and Topographic Anatomy, Gomel State Medical University, Republic of Belarus, Gomel.

**Mazanchuk Alla Alexandrovna** – accistent of the Department of Polyclinic Therapy and General Medical Practice with a course of physical therapy and retraining, Gomel State Medical University, Republic of Belarus, Gomel.

## **НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА**

Котова К. Е., Кузнецова А. Ю., Кувшинов Д. Ю.

*Кемеровский государственный медицинский университет,*

*Россия, г. Кемерово*

## **SOME FEATURES OF EATING BEHAVIOR OF MEDICAL STUDENTS**

Kotova K. E., Kuznetsova A. Y., Kuvshinov D. Yu.

*Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo*

**Аннотация:** Проведено анкетирование 78 студентов Кемеровского государственного медицинского университета (67,9 % – девушки, 32,1 % – юноши), направленное на выявление особенностей пищевого поведения, продуктивность умственной деятельности. Выявлено, что лишь 16,7 % оценивают свою умственную продуктивность как максимально возможную, примерно столько же – 17,9 % – могут легко сконцентрировать внимание на учебе. Четырехразового питания в сутки придерживается менее половины