

УДК616.64-089

М. І. Бойко^{1,2}, І. С. Чернокульський¹, О. М. Бойко¹

НОВИЙ МЕТОД ВИДОВЖЕННЯ СТАТЕВОГО ЧЛЕНА ТА ОЦІНКА ЙОГО ЕФЕКТИВНОСТІ

¹ ДНУ “Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини”

Державного управління справами м. Київ, Україна

² Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Резюме. Лігаментотомія за естетичними показаннями, при пенільній дисморфобії, набуває все більшої популярності у наш час. V-Y пластика являється найпоширенішою методикою при виконанні лігаментотомії на сьогодні. Але дана операція має ряд недоліків і не завжди призводить до ефективного подовження статевого члена та задоволеності пацієнтів. В даній статті описується метод лігаментотомії та cross-пластики шкіри, розробленої авторами.

У 65 пацієнтів з пенільною дисморфобією нами виконано лігаментотомію з метою видовження статевого члена. У 30 хворих (експериментальна група) дана операція виконана за нашою методикою cross-пластики шкіри. У 35 пацієнтів (контрольна група) лігаментотомію проведено за методом V-Y.

Після операції в контрольній групі пацієнтів покращилась задоволеність статевим життям, згідно опитувальника SEAR, з $41,38 \pm 11,72$ до $53,24 \pm 12,19$ балів, $p < 0,01$. Середня довжина статевого члена в спокійному стані збільшилась з $8,9$ ($7,3-11,8$) см до $11,3$ ($9,5-13,8$) см, $p < 0,05$. Довжина статевого члена у витягнутому стані зросла з $15,8$ ($12,9-17,3$) см до $16,9$ ($13,3-18,9$) см, $p < 0,05$. При чому, видовження статевого члена в спокійному стані в середньому на $1,1$ см більше в дослідній групі, $p < 0,05$.

Отже розроблена нами cross-методика лігаментотомії дає кращий косметичний ефект, ніж V-Y пластика і рекомендована при пенільній дисморфобії.

Ключові слова: пенільна дисморфобія, лігаментотомія, аугментаційна фалопластика.

У первісному суспільстві такі атрибути як розміри тіла, сила і плодючість (символом якої вважався статевий член), а отже велика сім'я, могутність робили їх власника домінуючою в клані фігуру. Статевий член наділявся нехарактерними для органу надзвичайними соціальними та психологічними властивостями. Великі та добре функціонуючі чоловічі геніталії ототожнювались з мужністю та чоловічою силою, що дало початок своєрідного культу фалоса.

Змінились погляди, світогляд, цінності, освіта та культура. Але точно, як колись, кожна людина прагне до лідерства. Тому питання аугментаційної фалопластики не втрачає своєї актуальності і сьогодні. Як правило, вирішення цього питання лежить на стику таких спеціальностей, як урологія, андрологія та пластична хірургія, що не тільки породжує масу дискусій у науковій літературі, але й сприяє появі нових ефективних хірургічних методик [1].

Вперше дані про нормальну довжину члена були опубліковані у 1899 році Н. Лоеб, за даними якого середня довжина пеніса в стані спокою складала $9,5$ см [2]. Середньостатистична (нормальна) довжина статевого члена в ерегovanому стані за даними більшості авторів коливається в межах $12-18$ см, а окружність – $9,5-11,5$ см. В спокійному стані нормальна довжина сягає $7,5-10$ см, а окружність – $7-9$ см [2].

Для подовження статевого члена здавна використовувались різніспособи: від підвішування до органа вантажа, починаючи з підліткового віку, якце булоу чоловіків з племені Садха (Індія) до його збільшення у чоловіків бразильського племені Топінама в XVI сторіччі значно шляхом укусу отруйної змії [3]. І на сьогодні чоловіки часто відчувають необхідність збільшити свій член, щоб поліпшити самооцінку, задовольнити і справити враження на своїх партнерів та виглядати краще в порівнянні з

Таблиця 1

Досліджувані показники в групах до аугментаційної фалопластики

Показники	Дослідна група (n=30)	Контрольна група (n=35)	Ст. значимість (p _u)
Вік, років	31,7 (18-58)	33,2 (18-46)	H/3
Тривалість статевого життя, років	13,5 (0-38)	12,7 (0-27)	H/3
Задоволеність статевим життям за SEAR, бали	39,66±12,51	41,38±11,72	H/3
Довжина статевого члена в спокійному стані, см	8,6 (7,0-12,3)	8,9 (7,3-11,8)	H/3
Довжина статевого члена у витягнутому стані, см	15,7 (13,3-18,1)	15,8 (12,9-17,3)	H/3

H/3 – різниця статистично не значима (p_u>0,05)

іншими (синдром роздягальні). Тобто, набагато частіше виникає бажання збільшити свій статевий член, який насправді не відрізняється від показників середнього розміру в популяції, аніж член малого розміру. Невдоволеність розмірами статевого члена, що не відрізняється від середнього показника в популяції отримала назву «пенільна дісморфобія». Аугментаційна фалопластика застосовується при таких патологічних станах, як мікропеніс та прихований статевий член. Але в переважній більшості випадків виконується за нормальних розмірів пеніса та з естетичною метою, при встановленому діагнозі пенільної дисморфобії [4].

В останні роки, операції по збільшенню статевого члена набувають все більшої популярності. Хірургічний метод поряд з нехірургічним стає все більш поширеним, особливо в приватних установах. Проте, ця процедура до цих пір не стандартизована, що призводить до великої різноманітності процедур з непереконливими і погано науково та документально оформленими результатами [5]. Існуючі на сьогодні методи хірургічного видовження не завжди дають добрий результат та мають певні недоліки. На даний час, з метою подовження статевого члена найбільш широко використовується метод розсічення підвішуючої та пращевидної зв'язки (лігаментотомія), в поєднанні з V-Y, та Z-подібною пластикою шкіри. Його недоліками є висока ймовірність рубцевої деформації і виникнення ретракції статевого члена, недостатній косметичний ефект, і, як наслідок, низький рівень задоволеності пацієнтом результатом операції.

Мета роботи полягає у розробці та оцінці ефективності нового методу видовження статевого члена.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Відбір, принцип розподілу та характеристика дослідних груп пацієнтів. Нами виконано 65 лігаментотомій. 35 пацієнтам, що увійшли до контрольної

групи, за методикою V-Y пластики шкіри та 30 пацієнтам, що увійшли до дослідної групи, за пропонованою методикою, названою нами cross-пластиккою. До операції, шляхом анкетування зібрані дані щодо задоволеності статевим життям анкетним методом за допомогою опитувальника SEAR. Проведено вимірювання довжини статевого члена в спокійному та розтягнутому стані. Порівняння показників дослідної та контрольної груп до аугментаційної фалопластики наведені в таблиці 1.

Як ми бачимо з таблиці між дослідною та контрольною групами немає достовірно значимої різниці за показниками. Середній вік пацієнтів – 32,5 років. В дослідній групі цей показник складав 31,7 років. Наймолодшому пацієнту було 18 років, а найстаршому – 58 років. В контрольній групі середній вік пацієнтів складав 33,2±8,7 років. Наймолодшому пацієнту було 18 років, а найстаршому – 46 років.

Всі чоловіки, що бажали збільшити статевий член пройшли детальне медичне обстеження. Були вивчені психосексуальні, неврологічні, урогенітальні та гормональні аспекти анамнезу пацієнтів.

Всі пацієнти мали діагноз «пенільна дисморфобія» тобто мали статевий член нормальних розмірів. За мікропеніс вважався будь-який статевий член з розміром, що відрізнявся більше ніж на два стандартних відхилення від середнього значення або, який був менше 7,5 см в довжину в розтягнутому/ерегованому стані [6]. Всі пацієнти були попереджені про наявність у них статевого члена нормального розміру та можливі ускладнення хірургічного втручання, а також про відсутність безпосереднього впливу операції видовження на сексуальне задоволення партнера. Всі пацієнти жили статевим життям; у 47 з них статеве життя було регулярне, а у 18 – нерегулярне.

Всі пацієнти дали згоду на використання даних їхніх досліджень з науковою метою без зазначення особистих даних.



Рис. 1. Розмітка розрізу та cross-пластика шкіри.

До критеріїв включення відібрано пацієнтів із діагнозом «пенільна дисморфофобія». Критерії виключення – пацієнти з психічними розладами, аномаліями центральної нервової системи, еректильною дисфункцією та пацієнти з мікропенісом.

Довжину статевого члена міряли від основи статевого члена до кінчика його головки, в спокійному та розтягнутому стані [7].

Хірургічна техніка. Проводять поперечний розріз шкіри в області основи статевого члена, відступивши 1 см вгору від пенабдомінальної та пенокротальної складок (рис 1).

Виділяють і розсікають поверхневу пращеподібну зв'язку, а потім нижче – підтримуючу зв'язку. Після завершення лігаментотомії виконують мобілізацію кавернозних тіл статевого члена від симфізу до рівня входження в них глибоких артерій. При натягу статевого члена вниз здійснюють додаткове розсічення латеральних пучків фасції Скарпа. При завершенні даних етапів усувається фізіологічне викривлення статевого члена і відбувається подовження статевого члена на 2-3 см. Проводять фіксацію кавернозних тіл, накладаючи шви нерозсмоктуючою ниткою. Рана зашивається поздовжньо (cross-пластика) пошарово та дронується активним дренажем, що встановлюють через шкіру калитки (рис. 1). Накладають асептичну пов'язку. Антибіотико-профілактика – в/в введення цефтріаксону 1 г/д протягом 3-х днів стаціонарного лікування. Рекомендовано носіння апарату «Екстендер» за 3 тижні після операції протягом 3 місяців [8].

Операції проводились під загальним комбінованим наркозом. Тривалість операції в дослідній групі в середньому склала 107 хвилин (87-119 хвилин), а в контрольній – 145 хвилин (119-161 хвилину).

Статистичний аналіз. Статистичний аналіз результатів дослідження проводився з використанням методів варіаційної статистики. Нами проводилась оцінка частотних характеристик показників для якісних параметрів (P) та середніх величин для кількісних даних (середньої арифметичної - X) з оцінкою їх варіабельності (середнє квадратичне відхилення – σ , мінімум, максимум).

Порівняльний аналіз частотних характеристик показників між групами з оцінкою статистичної значимості різниці проводився з використанням методів порівняльної оцінки між групами з використанням критерія Манна-Уїтні (U).

Всі статистичні методи аналізу та розраховані показники оцінювались (порівнювались) при заданому граничному рівні похибки першого роду (α) не вище 5% - $p < 0,05$ (статистична значимість не нижче 95%). Статистичний аналіз вищевказаними методами проводився з використанням програмного забезпечення Statistica®.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Нами проведена оцінка показників до та після лігаментотомії в дослідній групі. Отримані дані наведені в таблиці 2.

Порівняння досліджуваних показників до та після лігаментотомії cross-методикою

Показники	До лікування (n=30)	Після лікування (n=30)	Ст. значимість (p)
Задоволеність статевим життям за SEAR, бали	39,66±12,51	59,20±9,19	<0,01
Довжина статевого члена в спокійному стані, см	8,6 (7,0-12,3)	12,2 (9,3-15,5)	<0,05
Довжина статевого члена у витягнутому стані, см	15,7 (13,3-18,1)	17,7 (15,1-19,5)	<0,05

р_и – статистична значимість за U-критерієм Манна-Уїтні

Н/З – різниця статистично не значима (р_и>0,05)

З таблиці видно, що після операції покращилась задоволеність пацієнтів статевим життям (з 39,66±12,51 балів до лікування до 56,20±9,19 балів після лікування, р<0,01). Середня довжина статевого члена в спокійному стані збільшилась з 8,6 (7,0-12,3) см до 12,2 (9,3-15,5) см, р<0,05 (рис.2). Довжина статевого члена у витягнутому стані зросла з 15,7 (13,3-18,1) см до 17,7 (15,1-19,5) см, р<0,05

Ми порівняли показники до та після лігаментотомії в контрольній групі. Результати надано у таблиці 3.

За нашими даними після операції в контрольній групі пацієнтів покращилась задоволеність статевим життям (з 41,38±11,72 балів до лікування до

53,24±12,19 балів після лікування, р<0,01). Середня довжина статевого члена в спокійному стані збільшилась з 8,9 (7,3-11,8) см до 11,4 (9,5-13,8) см, р<0,05. Довжина статевого члена у витягнутому стані зросла з 15,8 (12,9-17,3) см до 17,3 (13,3-18,9) см, р<0,05.

Ми порівняли показники до та після лігаментотомії в дослідній та контрольній групах. Результати надано у таблиці 3.

Отже, після операції між дослідною та контрольною групами, статистично значимі зміни спостерігаються як в задоволеності статевим життям, згідно опитувальника SEAR, так і у видовженні статевого члена. При чому, видовження статевого



Рис. 2. Фото до та після лігаментотомії за розробленою cross-методикою

Порівняння досліджуваних показників в контрольній групі

Показники	До лікування (n=35)	Після лікування (n=35)	Ст. значимість (p_u)
Задоволеність статевим життям за SEAR, бали	41,38±11,72	53,24±12,19	<0,05
Довжина статевого члена в спокійному стані, см	8,9 (7,3-11,8)	11,4 (9,5-13,8)	<0,05
Довжина статевого члена у витягнутому стані, см	15,8 (12,9-17,3)	17,3 (13,3-18,9)	<0,05

p_u – статистична значимість за U-критерієм Манна-Уїтні

H/3 – різниця статистично не значима ($p_u > 0,05$)

Порівняння показників в дослідній та контрольній групах після лігаментотомії

Показники	Дослідна група (n=30)	Контрольна група (n=35)	Ст. значимість (p_u)
Задоволеність статевим життям за SEAR, бали	59,20±9,19	53,24±12,19	<0,05
Довжина статевого члена у спокійному стані, см	13,2 (9,8-15,8)	12,3 (9,9-14,8)	<0,05
Видовження статевого члена в спокійному стані, см	3,6 (2,3-4,4)	2,5 (1,4-3,7)	<0,05
Видовження статевого члена у витягнутому стані, см	2,0 (1,4-2,6)	1,5 (0,8-2,1)	H/3

p_u – статистична значимість за U-критерієм Манна-Уїтні

H/3 – різниця статистично не значима ($p_u > 0,05$)

члена в спокійному стані в середньому на 1,1 см більше в дослідній групі, $p < 0,05$. Але ми не знайшли статистично значимої різниці в середній довжині витягнутого статевого члена після операції в дослідній та контрольній групі.

У випадках пацієнтів з пенільною дисморфобією, що потребують лігаментотомії, показання до операції відносні і носять суб'єктивний характер. Отже, будь-який тип аугментаційної фалопластики несе ризик невдачі, з незадоволеними пацієнтами, що є характерним для пластичних операцій. Оскільки такі чоловіки часто мають нереалістичне сприйняття розміру статевого члена, їх очікування від хірургічного результату також часто нереалістичне. Тому, як і інші автори, ми вважаємо, що для такого типу операцій слід встановити стандартний передопераційний протокол та суворі критерії відбору пацієнтів. Тестова оцінка мотивації і очікувань пацієнта є обов'язковою, також рекомендується консультація психолога та психіатра, особливо в сумнівних випадках (депресивна поведінка пацієнта, нереалістичне сприйняття частин власного тіла, інші невротичні та психотичні прояви).

Оперативні техніки лігаментотомії досягають в основному візуального збільшення чоловічих геніталій в спокійному стані, а не подовження статевого члена при ерекції, оскільки не змінюють анатоміч-

них структур статевого члена. Вони лише дають змогу витягнути їх вперед та донизу, змінивши кут між внутрішньою частиною статевого члена та лобковою кісткою.

Постопераційне збільшення довжини статевого члена в спокійному стані у наших пацієнтів було порівняно більшим відносно середнього видовження за даними огляду літератури. Воно склало 3,6 (2,3-4,4) см у випадку досліджуваної техніки та 2,5 (1,4-3,7) см у випадку V-Y пластики, $p < 0,05$. В оглянутій нами літературі середнє видовження статевого члена становило 1-2 (0,75-4) см [4-6]. При чому, збільшення статевого члена, що досягається завдяки досліджуваному методу статистично достовірно більша за таку при використанні методу V-Y пластики з середньою різницею в збільшенні 1,1 см, $p < 0,05$. Проте у витягнутому стані статистично значимої різниці між групами не виявлено. Видовження витягнутого статевого члена після операції склало в середньому 2 (1,3-3,7) см у випадку виконання лігаментотомії за нашою методикою та 1,8 (1,1-3,5) см у випадку V-Y пластики. Отримані дані ми пояснюємо ретракцією статевого члена в спокійному стані у випадку V-Y пластики, що являється одним з недоліків даного виду операції.

Основними відносними проти показами для виконання алопластики являються високий ризик післяопераційних ускладнень, особливо гіпертро-

фічних рубців, нестабільність члена (що свідчить про довгу зв'язку та низький ефект операції), інфекції, вузлові утворення та деформації зовнішніх статевих органів.

ВИСНОВКИ:

1. Досліджувані методики лігаментотомії дають переважно косметичний ефект.
2. Лігаментотомія запропонованим нами способом дає кращий результат подовження статевого члена в спокійному стані, в середньому на 1,1 см, порівняно з технікою V-Y.
3. Розроблена нами методика демонструє переваги у косметичному вигляді, тому рекомендована для виконання за естетичними показаннями у пацієнтів із діагнозом «пенільна дисморфобія».

ЛІТЕРАТУРА

1. Vardi Y., Harshai Y., Gil T., Gruenwald I. A Critical Analysis of Penile Enhancement Procedures for Patients with Normal Penile Size: Surgical Techniques, Success, and Complications. *European Urology*. 2008 November 4 (5). P. 1042-1050.
2. Чернокульский И. С., Бойко М. И. Размеры статевого члена. *Андрология та сексуальна медицина*. 2008. 01. P. 36-45.
3. Roos H., Lissos I. Penis lengthening. *Int J AesthRestor Surg*. 1994. 2. P.89-96.
4. Mondaini N., Ponchietti R., Gontero P., Muir G. H., Natali A. Penile length is normal in most men seeking penile lengthening procedures. *Int J Impot Res*. 2009. 14. P. 283-6.
5. Dillon B. E., Chama N. B., Honig S. C. Penile size and penile enlargement surgery. *Int J Impot Res*. 2008. 20. P. 519-29.
6. Ponchietti R., Mondaini N., Bonafe M., Di Loro F., Biscioni S. Penile length and circumference: a study on 3,300 young Italian males. *Eur Urol*. 2001. 39. P.183-6.
7. Levine L. Larsen S. Surgery for peyronie disease. *Asian J Androl*. 2013.15. P. 27-34.
8. Спосіб хірургічного збільшення довжини статевого члена: пат. 117128 Україна. u201701242; заявл. 10.02.2017; опубл. 12.06.2017, бюл. № 11.

REFERENCES

1. Vardi Y., Harshai Y., Gil T., Gruenwald I. A (2008). Critical Analysis of Penile Enhancement Procedures for Patients with Normal Penile Size: Surgical Techniques, Success, and Complications. *European Urology*, November 4(5), 1042-1050.
2. Chornokul's'kyi I. S., Boyko M. I. (2008). Rozmiry statevoho chlena [Dimensions of the penis]. *Andrology and Sexual Medicine*, 01, 36-45.
3. Roos H., Lissos I. Penis lengthening. *Int J AesthRestor Surg*, 1994, 2, 89-96.
4. Mondaini N., Ponchietti R., Gontero P., Muir G. H., Natali A. (2009). Penile length is normal in most men seeking penile lengthening procedures. *Int J Impot Res*, 14, 283-6.
5. Dillon B. E., Chama N. B., Honig S. C. (2008). Penile size and penile enlargement surgery. *Int J Impot Res*, 20, 519-29.
6. Ponchietti R., Mondaini N., Bonafe M., Di Loro F., Biscioni S. (2001). Penile length and circumference: a study on 3,300 young Italian males. *Eur Urol*, 39, 183-6.
7. Levine L. (2013). Larsen S Surgery for peyronie disease. *Asian J Androl*, 15, 27-34.
8. Boyko M. I., Chornokul's'kyi I. S., Boyko O. M. (2011). Method of surgical increase of the length of the penis. *Pat. of UA. A 61B 17/00. №117128; publ. 12.06.2017, № 11.*

Резюме

НОВЫЙ МЕТОД УДЛИНЕНИЯ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА И ОЦЕНКА ЕГО ЭФФЕКТИВНОСТИ

Н. И. Бойко^{1,2}, И. С. Чернокульский¹, А. Н. Бойко¹

¹ Государственное научное учреждение «Научно-практический центр клинической и профилактической медицины» Государственного управления делами, Украина, г. Киев

² Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца, Украина, г. Киев

Лигаментотомия по эстетическим показаниям, при пенильной дисморфобии, приобретает все большую популярность в наше время. V-Y пластика является самой распространённой методикой при выполнении лигаментотомии на сегодня. Но данная операция имеет ряд недостатков и не всег-

да приводит к эффективному удлинению полового члена и удовлетворенности пациентов. В данной статье описывается метод лигаментотомии и cross-пластики кожи, разработанной авторами.

У 65 пациентов с пенильной дисморфофобией нами выполнено лигаментотомию с целью удлинения полового члена. У 30 больных (экспериментальная группа) данная операция выполнена по нашей методике cross-пластики кожи. В 35 пациентов (контрольная группа) лигаментотомия проведения методом V-Y.

После операции в контрольной группе пациентов улучшилась удовлетворенность половой жизнью, согласно опросника SEAR, с $41,38 \pm 11,72$ до $53,24 \pm 12,19$ баллов, $p < 0,01$. Средняя длина полового члена в спокойном состоянии увеличилась с $8,9$ ($7,3-11,8$) см до $11,3$ ($9,5-13,8$) см, $p < 0,05$. Длина полового члена в вытянутом состоянии выросла с $15,8$ ($12,9-17,3$) см до $16,9$ ($13,3-18,9$) см, $p < 0,05$. Причем, удлинение полового члена в спокойном состоянии в среднем на $1,1$ см больше в опытной группе, $p < 0,05$.

Итак разработанная нами cross-методика лигаментотомии дает лучший косметический эффект, чем V-Y пластика и рекомендована при пенильной дисморфофобии.

Ключевые слова: пенильная дисморфофобия, лигаментотомия, аугментационной фаллопластика.

Summary

NEW METHOD OF PENILE ELONGATION AND EVALUATION OF ITS EFFECTIVENESS

Mykola Boiko^{1,2} MD, Prof., **Ihor Chornokulskyi**¹, **Olexandr Boiko**¹

¹ Scientific & Practical Centre of Preventive & Clinical Medicine. Minimally Invasive Surgery Department

² Bogomolets National Medical University. Department of Urology

The invert V-Y procedure has proved to be standard technique in penile elongation. However, it has a number of drawbacks and does not always lead to an effective penis lengthening. In this study, we report our experience using penile elongation combined ligamentolysis and suprapubic skin advancement.

In 65 patients with penile dysmorphophobia we made ligamentolysis for lengthening penis. In 30 patients (experimental group), we used a new method of skin surgery by applying a longitudinal suture on the penopubis skin after transverse skin incision. In 35 patients (control group), we used a ligamentolysis by V-Y technique.

After the operation the satisfaction of sexual activity improved in the control group of patients, according to the SEAR questionnaire, from 41.38 ± 11.72 to 53.24 ± 12.19 points, $p < 0.01$. The average length of the flaccid penis increased from 8.9 ($7.3-11.8$) cm to 11.3 ($9.5-13.8$) cm, $p < 0.05$. The length of the elongated penis increased from 15.8 ($12.9-17.3$) cm to 16.9 ($13.3-18.9$) cm, $p < 0.05$. Moreover, the elongation of the penis in a calm state is, on average, 1.1 cm higher in the experimental group, $p < 0.05$.

Developed cross-technique of ligamentolysis gives a better cosmetic effect, than V-Y plastic and is recommended for penile dysmorphophobia.

Keywords: penile dysmorphophobia, ligamentolysis, augmentation phalloplasty.

ІНФОРМАЦІЯ ПРО АВТОРІВ:

Boiko Mykola, MD, DM, Leading Scientist
Leading Research Fellow of the Department of Minimal Invasive Surgery State Institution of Science
"Research and Practice Center of Preventive and Clinical Medicine" State Administrative Department
Address: 5 Verhnyaya Str. 01014, Kyiv, Ukraine, tel.: +38 (044) 284-84-53
E-mail: profboiko@gmail.com

Chornokulskyi Ihor, MD, PhD, Scientist
Research Fellow of the Department of Minimal Invasive Surgery State Institution of Science
"Research and Practice Center of Preventive and Clinical Medicine" State Administrative Department
Address: 5 Verhnyaya Str. 01014, Kyiv, Ukraine, tel.: +38 (044) 284-84-53
E-mail: sexolog.ua@gmail.com

ФЛЕНОКС®

Enoxaparin sodium

Оптимальний НМГ за рахунок
ідеального поєднання
ефективності та безпеки



ПАТ «Фармак», вул. Фрунзе, 63, м. Київ,
04080, Україна; тел.: +38 (044) 496 87 87
e-mail: info@farmak.ua | www.farmak.ua

Коротка інструкція для медичного застосування препарату ФЛЕНОКС®

Фармакотерапевтична група. Антитромботичні засоби. Група гепарину. Еноксапарини. Код АТС В01А В05. **Клінічні характеристики. Показання.** Профілактика венозного тромбозу та емболії при ортопедичних або загальнохірургічних операціях; профілактика венозних тромбоемболічних ускладнень у терапевтичних хворих, які перебувають на ліжковому режимі у зв'язку з гострими захворюваннями (серцева недостатність III або IV класу за класифікацією NYHA, дихальна недостатність, тяжкий гострий інфекційний процес, ревматичні захворювання); попередження тромбоемболією легеневої артерії, крім випадків, які потребують проведення тромболітичної терапії чи хірургічного втручання; лікування нестабільної стенокардії і гострої фази інфаркту міокарда без зубця Q у комбінації з ацетилсаліциловою кислотою; лікування гострого інфаркту міокарда з підйомом/елевацією сегмента ST у комбінації з тромболітичним засобом у хворих, яким можливе подальше застосування коронарної ангіопластики, а також у хворих, яким цю процедуру не проводять. **Побічні реакції.** Геморагічні прояви викликані переважно: супутніми факторами ризику (органічні ураження, при яких існує ймовірність виникнення кровотечі, вік, ниркова недостатність, мала маса тіла та деякі комбінації лікарських засобів); невиконанням терапевтичних рекомендацій, а саме — тривалості лікування та корекції дози з урахуванням маси тіла пацієнта. Повідомлялося про поодинокі випадки виникнення гематоми спинного мозку під час спинномозкової анестезії, анагезії або епідуральної анестезії, що проводилися після застосування низькомолекулярного гепарину. Повідомлялося про випадки виникнення тромбоцитопенії. Можливе також безсимптомне та зворотнє підвищення кількості тромбоцитів. Повідомлялося про виникнення гіперкаліємії та транзиторне підвищення рівнів трансаміназ. **Реєстраційне посвідчення** № UA/9353/01/01. Наказ МОЗ України № 711 від 10.09.2012.