

Оценка оперативных методов лечения комбинации эректильной дисфункции и преждевременной эякуляции

В.Н. Лесовой¹, А.В. Книгавко¹, А.В. Аркатов²

¹Харьковский национальный медицинский университет

²КНП «Областной медицинский клинический центр урологии и нефрологии им. В.И. Шаповала», г. Харьков

В статье представлена оценка эффективности хирургических вариантов помощи пациентам с преждевременной эякуляцией (ПЭ) и эректильной дисфункцией (ЭД) в краткосрочной и долгосрочной эффективности. На основании пенильной биотезиометрии проведение УЗИ половых органов в режиме доплерографии, сбора сексуального анамнеза, а также использование шкалы вегетативной дисфункции и шкалы Гамильтона, даны предположения относительно наиболее вероятной причины ПЭ и ЭД, что позволило выбрать оптимальный вид хирургического лечения.

Ключевые слова: преждевременная эякуляция, эректильная дисфункция, биотезиометрия, доплерометрия полового члена, фаллопротезирование, лигирование дорсальной вены, селективная нейротомия.

Комбинация преждевременной эякуляции (ПЭ) и эректильной дисфункции (ЭД) является сложной проблемой, наиболее ущемляющей самооценку мужчины, снижающей его сексуальные и социальные возможности. При данной сочетанной патологии результат полового контакта для мужчины всегда плачевный: либо эякуляция произойдет очень быстро, либо через малое время пропадет ригидная эрекция, а соответственно не будет возможности совершить половой контакт. В обоих случаях женщина-партнерша не будет удовлетворена, и такая ситуация крайне негативно влияет на супружеские отношения, способствуя разводам или невозможности построить семью для мужчины. Пациенты с подобной комбинацией сексуальных проблем очень быстро теряют веру в свои силы, их психосоциальная самооценка существенно снижена. Такие мужчины склонны к радикальным решениям: фаллопротезированию, отказу от сексуальной и социальной жизни – вплоть до суицидальных поступков.

Если в отношении эректильной дисфункции существует достаточно успешный гайдлайн лечения в зависимости от степени тяжести и основной причины, то проблема эякуляторных расстройств еще не так раскрыта. Применяются различные, зачастую экспериментальные методы лечения. В отношении комбинации этих проблем (ЭД и ПЭ) вообще нет постулатов лечения, что затрудняет выбор оптимального лечения как для врачей, так и для пациентов.

Легкие формы данного расстройства относительно успешно лечатся назначением ингибиторов фосфодиэстеразы 5-го типа (ИФДЭ-5): силденафила, варденафила, тадалафила, уденафила самостоятельно или в комбинации с ингибиторами обратного захвата серотонина (ИОЗС), применяемые как курсово: пароксетин, флуоксетин, сертралин, так и «по требованию» – дапоксетин. Вариантом лечения более серьезных форм комбинации ПЭ и ЭД может быть интракавернозная инъекционная терапия препаратами папаверина и простагландинов. Однако тяжелые формы устойчивы к консервативной терапии, а в Украине на сегодня не зарегистрированы препараты для инъекционной терапии.

Цель исследования: оценка эффективности хирургических вариантов помощи пациентам с преждевременной эякуляцией и эректильной дисфункцией в краткосрочной и долгосрочной перспективе.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В 2008–2018 гг. в КНП «Областной медицинский клинический центр урологии и нефрологии им. В.И. Шаповала» проведено обследование 968 пациентов с ПЭ. В данной выборке оценивались результаты диагностики и лечения 95 пациентов с ПЭ с интравагинальным латентным интервалом (ИВЛИ) менее 1 мин и явлениями ЭД, которым выполняли хирургические вмешательства.

Пациенты с простатитом или простатовезикулитом, как основной причины ПЭ и ЭД, исключались из данного этапа исследования, как и пациенты, позитивно отреагировавшие на консервативное лечение. На основании пенильной биотезиометрии, проведения УЗИ половых органов в режиме доплерографии, сбора сексуального анамнеза, а также использования шкалы вегетативной дисфункции и шкалы Гамильтона даны предположения по наиболее вероятной причине ПЭ и ЭД. Пациенты были распределены на три группы:

- 1-я группа – 33 пациента с повышенной чувствительностью головки и повышенной венозной утечкой, которым выполнена операция селективной нейротомии из пенокубикального доступа с лигированием глубокой дорсальной вены и патологических шунтов (рис. 1).

Таблица 1

Послеоперационная динамика показателей шкалы МИЭФ

Показатель		До операции	Через 1 мес	Через 6 мес
Общее количество баллов по шкале МИЭФ	1-я группа, n=33	36,3±1,1	45,3±2,4	54,4±1,2*
	2-я группа, n=28	36,7±1,2	48,8±2,7	57,1±1,7*
	3-я группа, n=34	36,4±1,2	50,6±2,5	58,6±1,7*

Примечание: * – $p < 0,05$ при сравнении с исходными значениями.

Послеоперационная динамика показателя интравагинального латентного интервала

Группа	Интравагинальный латентный интервал, с				Эффективность, %
	До операции	Через 1 мес	Через 6 мес	Суммарное увеличение, разы	
1-я группа, n=33	42,4±5,4	67,8±7,3	122,6±10,2	2,87	87,9
2-я группа, n=28	41,7±4,3	87,9±8,4	130,1±9,8	3,12	89,3
3-я группа, n=34	42,6±4,8	89,2±8,3	198,9±10,1	4,67	97,1



Рис. 1. Одновременная операция с перевязкой патологических шунтов и глубокой дорсальной вены полового члена с селективной нейротомией из пенилобикального доступа



Рис. 2. Установка трехкомпонентного протеза в пеноскротальном разрезе

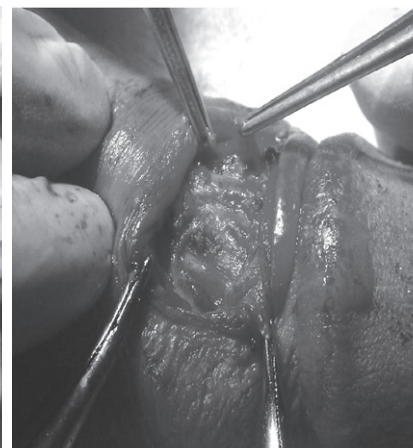


Рис. 3. Селективная нейротомия. Пинцетами взяты дистальный и проксимальный концы нерва

• 2-я группа – 28 пациентов с нормальной чувствительностью головки, более чем в два раза сниженными показателями артериального притока к половому члену, которым выполнено фаллопротезирование одно- или трехкомпонентными протезами (рис. 2).

• 3-я группа – 34 пациента с повышенной чувствительностью головки, нормальным психоневрологическим статусом и несущественно (не более 20% от нормальных значений) сниженным кровотоком, которые были подвергнуты микрохирургической денервации головки полового члена – селективной нейротомии (рис. 3) с последующим назначением тадалафила 5 мг в сутки.

Через 1 и 6 мес определялась результативность лечения, которая оценивалась в удлинении интравагинального латентного интервала (ИВЛИ), удовлетворении половым контактом по шкалам МИЭФ, отсутствии необходимости принимать препараты после курса лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В результате оперативного вмешательства у пациентов всех групп наблюдалось достоверное увеличение общего количества баллов по шкале МИЭФ. Следует отметить, что через 6 мес наиболее выраженная положительная динамика прослеживалась в 3-й группе – с 36,4±1,2 до 58,6±1,7 (табл. 1).

Анализ результатов, отраженный в табл. 2, позволяет заключить, что все методы хирургического вмешательства значительно продлевают интравагинальный латентный интервал и удовлетворенность пациентов половым контактом, то есть эффективность операций достаточно высока.

У пациентов 1-й группы длительность ИВЛИ увеличилась с 42,4±5,4 с до 122,6±10,2 с, то есть в 2,87 раза, 29 (87,9%) пациентов полностью довольны результатом операции, 25 (75,8%) мужчин смогли полностью отказаться от дополнительной медикаментозной терапии.

Во 2-й группе ИВЛИ в течение полугодия увеличился с 41,7±4,3 до 130,1±9,8 (в 3,12 раза), 25 (89,3%) пациентов полностью удовлетворены качеством эректильной функции.

Пациенты 3-й группы через 6 мес наблюдения отметили увеличение ИВЛИ в 4,67 раза (с 42,6±4,8 до 198,9±10,1 с), субъективная эффективность лечения достигла 97,1% (33 пациента), через 2 мес комбинированного лечения 19 (55,9%) пациентов были избавлены от необходимости принимать препараты для коррекции эректильной дисфункции.

ВЫВОДЫ

Лечение комбинации эректильной дисфункции (ЭД) и преждевременной эякуляции (ПЭ) является сложной андрологической проблемой, требующей четкого понимания этиопатогенеза проблемы.

1. Проведение селективной нейротомии из пенилобикального доступа чуть менее эффективно нейротомии из субкоронарного доступа, однако позволяет сохранить крайнюю плоть и произвести одновременно лигирование патологических шунтов и глубокой дорсальной вены. Наблюдается положительный эффект у 86% пациентов с ПЭ и веноокклюзивной ЭД.

2. Фаллопротезирование является надежным методом восстановления эректильной функции у мужчин с артериальной ЭД, помогает более чем в 3 раза удлинить половой контакт; оргазмические ощущения лучше сохраняются при использовании трехкомпонентного протеза.

3. Селективная нейротомия из субкоронарного доступа в наибольшей степени удлиняет половой контакт и может быть рекомендована для лечения комбинации ПЭ и психологической формы ЭД вместе с тадалафилом, большая часть пациентов не требует применения тадалафила через 2 мес комбинированного лечения.

Оцінювання оперативних методів лікування комбінації еректильної дисфункції та передчасної еякуляції

В.М. Лісовий, О.В. Книгавко, А.В. Аркатов

У статті представлено оцінювання ефективності хірургічних варіантів допомоги пацієнтам з передчасною еякуляцією (ПЕ) та еректильною дисфункцією (ЕД) у короткостроковій і довгостроковій ефективності. На підставі пенільної біотезіометрії проведення УЗД статевих органів у режимі доплерографії, збору сексуального анамнезу, а також використання шкали вегетативної дисфункції і шкали Гамільтона, дані припущення щодо найбільш ймовірної причини ПЕ та ЕД, що дозволило обрати оптимальний вид хірургічного лікування.

Ключові слова: передчасна еякуляція, еректильна дисфункція, біотезіометрія, доплерометрія статевого члена, фаллопротезування, лікування дорсальної вени, селективна нейротомія.

Assessment of operational methods for the treatment of combination erectile dysfunction and premature ejaculation

V.N. Lesovoy, A.V. Knigavko, A.V. Arkatov

The article presents an assessment of the effectiveness of surgical options for helping patients with premature ejaculation and erectile dysfunction in short-term and long-term efficacy. Based on penile bioteziometry, ultrasound of the genital organs in the doppler mode, collection of sexual history, as well as the use of the vegetative dysfunction scale and the Hamilton scale, the most likely reason is premature ejaculation and erectile dysfunction, which allowed us to choose the optimal type of surgical treatment.

Key words: premature ejaculation, erectile dysfunction, biosesimetry, dopplerometry of the penis, phalloprosthesis, ligation of the dorsal vein, selective neurotomy.

Сведения об авторах

Лесовой Владимир Николаевич – Харьковський національний медичинський університет, 61022, г. Харьков, пр. Науки, 4
Книгавко Александр Владимирович – Харьковський національний медичинський університет, 61022, г. Харьков, пр. Науки, 4; тел.: (050) 401-25-43

Аркаатов Андрей Валентинович – КНП «Областной медицинский клинический центр урологии и нефрологии им. В.И. Шиповала», 61037, г. Харьков пр. Московский, 195

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Андрология. Мужское здоровье и дисфункция репродуктивной системы: Пер. с англ./ Под ред. Э. Нишлага, Г.М. Бере. – М.: ООО «МИА», 2005. – С. 228.
2. Горпинченко І.І., Воробець Д.З. Ефективність інгібіторів зворотного захоплення серотоніну у лікуванні чоловіків з передчасною еякуляцією // Здоровье мужчины. – 2009. – № 4. – С. 90–95.
3. Горпинченко І.І., Сытенко А.М., Нуриманов К.Р., Зайцев В.И., Махер Гафси. Обоснование анкеты «Профиль преждевременной эякуляции» в качестве инструмента для оценки симптомов преждевременной эякуляции // Здоровье мужчины. – 2009. – № 1. – С. 110–114.
4. Сексopatология: Справочник / Васильченко Г.С., Агаркова Т.Е., Агарков С.Т. и др.; Под ред. Г.С. Васильченко. – М.: Медицина, 1990. – С. 520–539.
5. Abu El-Hamd M., Abdelhamed A. Comparison of the clinical efficacy and safety of the on-demand use of paroxetine, dapoxetine, sildenafil and combined dapoxetine with sildenafil in treatment of patients with premature ejaculation: A randomised placebo-controlled clinical trial //Andrologia. – 2018. – 50 (1).
6. Martyn-St James M., Cooper K. Topical anaesthetics for premature ejaculation: a systematic review and meta-analysis //Sex Health. – 2016. – 13 (2). – P. 114–123.
7. Sadeghi Nejaad H., Watson R. Premature ejaculation: Current medical treatment and new directions // Journal of Sexual Medicine. – 2008. – № 5. – P. 1037–1050.
8. Seftel A.D. Rasch Analysis of the Premature Ejaculation Diagnostic Tool (PEDT) and the International Index of Erectile Function (IIEF) in an Iranian Sample of Prostate Cancer Patients //J. Urol. – 2017. – Vol. 197 (6). – P. 1534–1535.
9. Waldiger M.C. et al. A multinational population survey on intravaginal ejaculation latency time //Journ. Sex. Med. – 2005. – № 2. – P. 492–497.

Статья поступила в редакцию 21.12.2018