

РЕЗУЛЬТАТЫ 50% СЕЛЕКТИВНОЙ ПЕНИЛЬНОЙ ДЕНЕРВАЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРВИЧНОГО ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО СЕМЯИЗВЕРЖЕНИЯ

Н. Ахвледиани¹, кандидат медицинских наук,
Ю. Аляев^{1, 2}, член-корреспондент РАМН,
 доктор медицинских наук, профессор
¹Первый МГМУ им. И.М. Сеченова
²НИИ уронефрологии и репродуктивного
 здоровья человека, Москва
E-mail: nikandro@mail.ru

Больным с первичным преждевременным семяизвержением (n=38) с 2005 по 2011 г. осуществлена селективная пенильная денервация с нарушением целостности 50% тыльных нервов полового члена. В результате проведенного вмешательства от эякуляторного нарушения удалось избавиться 89,5% пациентов. Послеоперационные осложнения (подкожные гематомы) отмечены в 5,3% наблюдений.

Ключевые слова: преждевременное семяизвержение, 50% селективная пенильная денервация.

Преждевременное семяизвержение — наиболее распространенная копулятивная дисфункция (встречаемость в российской мужской популяции — 27,7%) [1]. Указанное расстройство констатируют при наличии неконтролируемой эякуляции до введения полового члена во влагалище или менее чем через 2 мин от начала коитуса; этому расстройству сопутствует беспокойство мужчины по поводу невозможности доставить сексуальное удовлетворение половой партнерше, что сопровождается конфликтными ситуациями в сексуальной паре [2].

Современные данные позволяют предполагать, что первичное преждевременное семяизвержение, отмечающееся с самого начала половой жизни, детерминировано генетически. Одна из доказанных его причин — избыточность иннервации головки полового члена [3]. В последнее время все большее распространение получили способы лечения преждевременного семяизвержения, направленные на стойкое снижение сенсорных свойств glandularной части пениса. Один из них — денервация полового члена [2].

Впервые пенильная нейротомия была применена R. Tullii и соавт. в 1994 г. Однако большое число осложнений операции, преимущественно связанных с избыточной денервацией пениса и формированием невринома в месте пересечения дорсальных нервов полового члена, обусловило поиск новых методик [4]. В 2005 г. М. Соколышник и соавт. опубликовали данные о новой модификации тотальной пенильной нейротомии, которую предложено было сочетать с восстановлением целостности чувствительных нервных стволов (нейрорафией). Это, по мнению авторов, позволяло избежать формирования невринома в местах пересечения дорсальных нервов. Вместе с тем в течение нескольких месяцев до ча-

стичной реиннервации полового члена у ряда пациентов отмечалась полная анестезия головки органа [5]. Последняя, как известно, нередко может сопровождаться сенсорными нарушениями эрекции, что наблюдается обычно после спинальной травмы [6].

Таким образом, несмотря на эффективность пенильной нейротомии в лечении первичного преждевременного семяизвержения пока не разработано ее модификации, имеющей приемлемый уровень безопасности. Указанное обстоятельство послужило основанием для отдельного изучения проблемы.

В период с 2005 по 2011 г. в урологической клинике Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, а также в клинике семейной медицины «Андромед» избирательная селективная пенильная денервация (СПД) осуществлена 38 больным (средний возраст — 32,3±7,1 года) с первичным преждевременным семяизвержением.

Операции выполняли амбулаторно под проводниковой анестезией Sol. Na₂gopini 0,75%-30,0. Доступ осуществляли через субкоронарный циркулярный разрез кожи, мясистой оболочки и поверхностной фасции полового члена отступая 1,5 см от венечной борозды. Кожа с поверхностной фасцией тупо смещалась к основанию органа. В условиях мощного светового потока, генерируемого диодной хирургической лампой PowerLED 700 (Maquet, США), под 4,5-кратным оптическим увеличением с помощью налобной лупы (DVI, США) определяли количество и диаметры нервных стволов тыльного пучка, проходящего в толще фасции Бака. Осуществляли пересечение половины из них. Крупные стволы (>2 мм) тыльных нервов полового члена подвергали нейрорафии одиночными эпиневральными швами нитью пролен 8/0—10/0. Целостность мелких нервных ветвей (<2 мм) не восстанавливали. Осуществляли циркумцизию с послойным ушиванием раны нитью викрил 4/0. В завершение накладывали давящую асептическую повязку Peha-Naft (Paul Hartmann, Германия), смену которой осуществляли через день до момента снятия швов (до 12—14 сут после операции) — рис. 1. Половую жизнь рекомендовали возобновлять спустя 3 нед после СПД.

Все пациенты до вмешательства, а также ежемесячно после него на протяжении 1,5 года проходили анкетирование по разработанному нами опроснику КриПС (для определения соответствия известным субъективным критериям преждевременного семяизвержения: недостаточная продолжительность коитуса, отсутствие контроля эякуляции, сексуальная неудовлетворенность партнерши, наличие межличностных конфликтов в паре). Кроме того, в те же сроки пациенты самостоятельно с помощью секундомера измеряли время интравагинальной задержки семяизвержения (ВИЗС), характеризующее продолжительность полового акта в секундах. С целью определения динамики вибрационной чувствительности головки полового члена (ВЧГПЧ) до операции, а также через 1; 6; 12 и 18 мес после нее осуществляли пенильную биотезиометрию на аппарате Вибротестер-МБН ВТ-02—1 с измерением вибрационной чувствительности в децибелах.

Сведения о количестве пациентов с нормализованной эякуляторной функцией после СПД представлены в табл. 1.

Резидуальная первичная преждевременная эякуляция через 1 мес с момента операции отмечалась у 2 (5,3%) оперированных, рецидивы были констатированы через 6 и 9 мес после СПД — по 1 (2,6%) пациенту.

Динамика ВИЗС на протяжении 18 мес после денервирующей операции приведена в табл. 2. Результаты

биотезиометрии полового члена, проводившейся исходно, а также через 1; 6; 12 и 18 мес после СПД, представлены в табл. 3.

У 60,5% оперированных нами больных с преждевременным семяизвержением при обнажении фасции Бака обнаруживалось от 7 до 14 ветвей тыльных нервов полового члена. При этом 54,7% нервных стволов имели диаметр <2 мм. Такие мелкие ветви могли быть подвергнуты только нейротомии, так как нейрорафия в подобных ситуациях технически невыполнима. В связи с полученными данными нами выделена пенильная иннервация преимущественно стволового и рассыпного типов соответственно в 7 (18,4%) и 31 (81,6%) наблюдениях. Стволовой вариант констатировался при преобладании крупных (>2 мм) ветвей дорсальных пенильных нервов над мелкими (<2 мм). При противоположном соотношении диагностировали преимущественно рассыпной тип пенильной иннервации.

Следует отметить, что у 2 пациентов с резидуальной первичной преждевременной эякуляцией, так же, как и у 2 больных с рецидивом данного сексуального расстройства, констатирован преимущественно рассыпной вариант нервного снабжения пениса и наименьший порог ВЧГПЧ к 18-му месяцу наблюдения.

Интраоперационных осложнений при проведении СПД не отмечено. В послеоперационном периоде у 2 (5,3%) пациентов, оперированных амбулаторно, выявлены подкожные гематомы полового члена (рис. 2), что в обоих наблюдениях было связано с нарушением режима ношения компрессионной повязки. На фоне усиленной парентеральной антибактериальной терапии цефалоспоринами III поколения рассасывание гематом произошло без нагноения в срок до 8 дней после их обнаружения.

Исследование показало весьма высокую эффективность 50% СПД при лечении больных с первичным преждевременным семяизвержением: нормализация эякуляторной функции через 9 мес с момента вмешательства достигнута в 89,5% наблюдений.



Рис. 1. СПД. Больной С., 33 лет. Диагноз: первичное преждевременное семяизвержение

Таблица 1

Эффективность СПД при первичной преждевременной эякуляции на протяжении 18 мес после операции (n=38)

Время после СПД, мес	Число пациентов с нормальной эякуляторной функцией по данным анкетирования по КриПС, абс. (%)	p (к показателю за 1-й месяц)
1	36 (94,7)	1
2	36 (94,7)	1
3	36 (94,7)	1
4	36 (94,7)	1
5	36 (94,7)	1
6	35 (92,1)	0,249
7	35 (92,1)	0,249
8	35 (92,1)	0,249
9	34 (89,5)	0,097
10	34 (89,5)	0,097
11	34 (89,5)	0,097
12	34 (89,5)	0,097
13	34 (89,5)	0,097
14	34 (89,5)	0,097
15	34 (89,5)	0,097
16	34 (89,5)	0,097
17	34 (89,5)	0,097
18	34 (89,5)	0,097

ний. Примечательно, что на протяжении 18 мес наблюдения ВИЗС у оперированных пациентов оставалось достоверно большим ($p < 0,001$) исходного. Вместе с тем с 3-го по 10-й месяцы с момента СПД отмечено ежемесячное значимое уменьшение продолжительности коитуса у оперированных пациентов, что можно связать с процессами реиннервации полового члена. Однако с 11-го месяца до окончания периода наблюдения – через 1,5 года после вмешательства – констатирована стабилизация ВИЗС, по всей вероятности, обусловленная завершением функционального восстановления ушитых во время операции ветвей тыльных нервов.

Порог ВЧГПЧ значимо увеличился в результате денервации полового члена уже спустя 1 мес после операции.

Таблица 2

ВИЗС на протяжении срока до 18 мес после СПД у пациентов с первичной преждевременной эякуляцией (n=38); M±m

Контрольные обследования до и после СПД	ВИЗС, с	p (к исходному показателю)	p (к предыдущему показателю)
Исходно	51,3±13,1	1	–
После операции, мес:			
1	413,4±67,8	<0,001*	<0,001**
2	410,2±64,3	<0,001*	0,091
3	399,1±71,5	<0,001*	0,013**
4	395,3±68,4	<0,001*	0,039**
5	391,2±72,6	<0,001*	0,032**
6	382,7±79,9	<0,001*	0,008**
7	375,3±80,2	<0,001*	0,024**
8	367,6±78,4	<0,001*	0,006**
9	359,7±81,5	<0,001*	0,027**
10	335,4±84,5	<0,001*	0,001**
11	336,5±82,7	<0,001*	0,625
12	333,7±82,3	<0,001*	0,288
13	334,2±83,1	<0,001*	0,912
14	336,3±80,6	<0,001*	0,296
15	337,1±83,2	<0,001*	0,827
16	335,5±81,4	<0,001*	0,554
17	334,6±82,0	<0,001*	0,601
18	336,7±82,9	<0,001*	0,293

Примечание. *Показатель, статистически достоверно отличающийся от исходного; **показатель, статистически достоверно отличающийся от показателя предыдущего месяца.

Таблица 3

ВЧГПЧ у больных с первичной ускоренной эякуляцией до СПД полового члена и через 1, 6, 12 и 18 мес после операции (n=38)

Частота вибрационного воздействия, Гц	Медиана ВЧГПЧ (5-й и 95-й процентиля) у пациентов, подвергшихся СПД, дБ				
	до лечения	через 1 мес после лечения	через 6 мес после лечения	через 12 мес после лечения	через 18 мес после лечения
32	4,2 (2,63 и 7,26)	18,94* (6,35 и 28,37)	16,53*, Δ (5,99 и 27,4)	14,25*, Δ (4,32 и 24,28)	14,11*, † (5,26 и 23,45)
64	5,04 (4,12 и 7,89)	20,63* (8,98 и 29,29)	18,43*, Δ (8,13 и 27,54)	17,38*, Δ (6,29 и 27,01)	17,03*, † (6,67 и 26,58)
125	7,23 (5,72 и 9,79)	22,78* (10,65 и 29,76)	20,37*, Δ (8,34 и 29,43)	18,41*, Δ (7,12 и 28,71)	18,29*, † (7,35 и 27,03)

Примечание. *Достоверность различий с исходным показателем на одноименной частоте ($p < 0,001$); Δ – достоверность различий с предыдущим показателем на одноименной частоте ($p < 0,05$); † – различия с предыдущим показателем на одноименной частоте недостоверны ($p > 0,05$).

Однако через 0,5–1 год с момента операции этот показатель значимо уменьшился, что, очевидно, также связано с постепенной реиннервацией. В дальнейшем до последнего контрольного обследования (спустя 18 мес после СПД), существенных изменений ВЧГПЧ не выявлено. Данное обстоятельство можно связать с завершением процессов пенильной реиннервации в период с 6 до 12 мес с момента операции. Принимая во внимание эти данные, а также учитывая сведения о динамике числа пациентов с нормализованной эякуляторной функцией и изменении ВИЗС в отдаленные сроки, окончательные результаты СПД целесообразно оценивать не ранее чем через 11 мес после ее проведения.

Неудовлетворительные результаты операции (сохранение изначально ускоренного семяизвержения) можно связать с недостаточной денервацией пениса. В то же время рецидив заболевания, по всей вероятности, обусловлен избыточным восстановлением функции ушитых ветвей дорсальных нервов, что, очевидно, является следствием индивидуальных нейрогенераторных особенностей пациентов.



Рис. 2. Подкожная гематома полового члена на 5-е сутки после СПД. Больной У., 27 лет. Диагноз: первичная преждевременная эякуляция

Учитывая причины возникновения в послеоперационном периоде подкожных гематом полового члена, в беседе с пациентами, особенно при планировании амбулаторной СПД, целесообразно подчеркивать необходимость ношения компрессионной повязки до момента снятия швов.

СПД с пересечением 50% стволов дорсальных нервов полового члена позволяет избавиться от первичной преждевременной эякуляции 89,5% пациентов. Эффективность указанного вмешательства следует оценивать через 11 мес после него. СПД под проводниковой анестезией может быть безопасно осуществлена в амбулаторных условиях при соответствующих оснащении и квалификации персонала медицинского учреждения.

Литература

1. Аляев Ю.Г., Ахвледиани Н.Д. Первые результаты российского интерактивного опроса по преждевременному семяизвержению // Врач. – 2008; 6: 28–9.
2. Ахвледиани Н.Д. Преждевременное семяизвержение: эпидемиология, факторы риска, диагностика и лечение / Дисс. ... д-ра мед. наук. – М., 2012.
3. Althof S., Abdo C., Dean J. et al. International Society for Sexual Medicine's guidelines for the diagnosis and treatment of premature ejaculation // J. Sex. Med. – 2010; 7 (9): 2947–69.
4. Tullii R., Guillaux C., Vaccari R. et al. Premature ejaculation-selective neurectomy: a new therapeutic technique-base, indications and results // Int. J. Impot. Res. – 1994; 6: 109–13.
5. Соколыщик М.М., Гагарина С.В., Вазинов Я.А. и др. Использование микрохирургической техники в лечении пациентов с преждевременной эякуляцией // Материалы 2-й Всероссийской конференции «Мужское здоровье». – М., 19–21 октября 2005 г. – М., 2005; с. 116–7.
6. Dimitriadis F., Karakitsios K., Tsounapi P. et al. Erectile function and male reproduction in men with spinal cord injury: a review // Andrologia. – 2010; 42 (3): 139–65.

RESULTS OF 50% SELECTIVE PENILE DENERVATION IN THE TREATMENT OF PRIMARY PREMATURE EJACULATION

N. Akhvediani¹, Candidate of Medical Sciences, Professor **Yu. Alyaev^{1,2}**, MD, Corresponding Member of the Russian Academy of Medical Sciences
¹I.M. Sechenov First Moscow State Medical University
²Research Institute of Urology and Human Reproductive Health

In 2005 to 2011, patients with primary premature ejaculation (n=38) underwent selective penile denervation with disintegrity of 50% of the penile dorsal nerves. The intervention performed could prevent impaired ejaculation in 89.5% of the patients. Postoperative complications (subcutaneous hematomas) were noted in 5.3% of the cases.

Key words: premature ejaculation, 50% selective penile denervation.

ЭРЕКТИЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

С. Гамидов^{1,2}, доктор медицинских наук, профессор,
Р. Овчинников¹, кандидат медицинских наук,
А. Попова¹, кандидат медицинских наук,
К. Крамарева², П. Никитин²
¹НЦАГиП им. акад. В.И. Кулакова,
²РНИМУ им. Н.И. Пирогова
E-mail: docend2@rambler.ru

Появляется все больше данных, подтверждающих различие связи между метаболическим синдромом и эректильной дисфункцией. Объединяющим эти заболевания механизмом может быть эндотелиальная дисфункция, способная вызывать различные нарушения сосудистой системы полового члена.

Ключевые слова: эректильная дисфункция, метаболический синдром, эндотелиальная дисфункция.

Эректильная дисфункция (ЭД) представляет собой важную социальную и медицинскую проблему. По данным Массачусетского исследования (Massachusetts Male Aging Study), в Бостоне ЭД выявляется у 52% 40–70-летних мужчин [1]. Распространенность ЭД в Европе и США повышается с увеличением возраста мужчин; в 1995 г. она составляла 31 млн, к 2025 г., по прогнозам, возрастет до 43 млн, а во всем мире число таких больных достигнет 322 млн [2].

Почему так важно рассматривать проблему ЭД при сочетании последней с метаболическим синдромом (МС). Впервые комплекс сосудистых факторов риска в виде нарушения толерантности к глюкозе, абдоминального ожирения, дислипидемии и артериальной гипертензии (АГ) описан в 1998 г. G. Reaven, который назвал его синдромом X [3]. В настоящее время МС выделен в «отдельное» заболевание. Это оправданно, так как за счет сочетания факторов его риска значительно повышается вероятность развития сердечно-сосудистных заболеваний (ССЗ), которые являются причиной органической ЭД [4].

По мнению разных авторов, частота МС составляет от 5 до 20%. Согласно имеющимся данным, в России МС выявляется у 20–25% взрослого населения [5]. Результаты многочисленных исследований показывают, что на частоту МС влияют возраст, этническая принадлежность и пол обследованных. С учетом высокой распространенности данного синдрома значительный интерес представляет его патогенез, в основе которого лежит инсулинорезистентность (ИР) – фактор, связывающий многие симптомы МС.

ИР – это нарушение ответа инсулинчувствительных тканей на воздействие инсулина. Сочетание наследственной предрасположенности к ИР и воздействия внешних факторов (переедание, гиподинамия) приводит к образованию «порочного круга»: снижение чувствительности тканей к инсулину вызывает гиперинсулинемию, а это, в свою очередь, увеличивает ожирение и усугубляет ИР.