

Наш опыт лечения тяжелых форм эректильной дисфункции

И.И. Горпинченко, А.М. Корниенко, М.Г. Романюк, К.Р. Нуриманов

ГУ «Институт урологии НАМН Украины», г. Киев

Представлен ретроспективный анализ данных относительно пациентов с тяжелыми формами эректильной дисфункции, подвергшихся хирургическому лечению – имплантации эндофаллопротезов. Результаты исследования свидетельствуют, что полиэтиологичность факторов поражения эректильных тканей и сочетанность тяжелой соматической патологии являются ведущими причинами необходимости хирургического лечения.

Ключевые слова: эректильная дисфункция, эндофаллопротезирование, пенильные импланты.

Среди всего спектра сексуальных расстройств у мужчин именно нарушения эрекции привлекает наибольшее пристальное внимание как пациентов, так и специалистов, работающих в этом направлении. Сложность и многообразие этиологических факторов, ведущих к нарушениям эрекции, заставляют совершенствовать подходы к устранению причин и следствий эректильной дисфункции (ЭД) [1]. Привлечение знаний из различных отраслей медицины – урологии, эндокринологии, психотерапии, неврологии, ангиологии – позволяет в данном случае видеть проблему комплексно, объемно. Соответственно меняется алгоритм действий врача и философия его мышления, а также понимания глубины проблемы. Дифференциация подхода к пациентам с ЭД – это первый шаг к успеху обеих сторон – врача и больного, а также удовлетворению и благодарности третьей стороны – партнерши нашего пациента.

Но несомненные успехи фармакологического лечения, многообразие методик физиотерапии и богатейший опыт психотерапевтической коррекции, к сожалению, не могут гарантировать абсолютно всем пациентам конечного успеха, возможности полностью наслаждаться интимными отношениями. Есть определенный процент пациентов с тяжелыми расстройствами эрекции, для которых единственным способом помощи является хирургическое лечение [2].

Каково определение ЭД?

“... постоянная или временная неспособность достигнуть или сохранить эрекцию, достаточную для проведения успешного полового акта” [3].

“...неспособность развигивать и/или поддерживать эрекцию, достаточную для удовлетворительной половой активности” [4].

Классификация и причины ЭД

В 80% случаев это органические причины: васкулярные, нейрогенные, гормональные, медикаментозные, травмы (болезни) полового члена, почечная недостаточность, гемодиализ.

В 20% случаев это психогенные причины: депрессия, тревога, стресс [5].

В клинике отдела сексопатологии и андрологии ГУ «Институт урологии НАМН Украины» за период с 01.01.2007 по 31.12.2010 г. обследованы и пролечены 2361 пациент с ЭД.

Имплантация эндофаллопротезов различной конструкции выполнена 111 пациентам (4,7% от общего количества). По результатам опроса субъективными факторами, оп-

ределяющими негативную оценку пациентом результатов фармакотерапии и отказ от консервативных методов лечения, были: длительность лечения, финансовые затраты, побочные эффекты фармакотерапии, неоправданные ожидания, отношение партнерши к процессу лечения.

Каковы же причины, определяющие решение мужчин провести имплантацию эндофаллопротеза? Неэффективность консервативной терапии? Большая частота соматически обусловленных декомпенсированных форм ЭД? Другие факторы?

С целью объективизации данных нами проведено ретроспективное исследование пациентов, перенесших установку пенильных имплантов в клинике отдела сексопатологии и андрологии ГУ «Институт урологии НАМН Украины».

Группа – 111 пациентов, возрастной диапазон – 25–79 лет.

Средний возраст – $49,8 \pm 4,1$ года (Microsoft Excel Statistica 6,0)

Показания к проведению имплантации: спинальная половая дисфункция, болезнь Пейрони в сочетании с ЭД, декомпенсированный пенильный кровоток (корпоральная вено-окклюзивная дисфункция, артериальная и артерио-венозная недостаточность сосудов полового члена), кавернозный фиброз, некупирующийся приапизм, отсутствие эффекта от фармакотерапии ЭД, неудовлетворенность пациента результатами консервативного лечения.

Противопоказания к проведению эндофаллопротезирования: декомпенсированный сахарный диабет (СД), декомпенсация деятельности сердечно-сосудистой системы, онкологические заболевания на поздних стадиях, острые воспалительные процессы различной локализации, психические заболевания, поражение кожных покровов различной этиологии в зоне мошонки и полового члена.

В соответствии с данными производителя имплантов активные урогенитальные инфекции, дефект тканей в зоне операции с прогнозируемой несостоятельностью их при натяжении, чувствительность к силикону, несоответствие размеров кавернозных тел размерам выбранного типа импланта также являются противопоказаниями операции. В эту же группу попадают пациенты с высокой частотой повторных эндоскопических процедур [6].

Риски и осложнения при проведении эндофаллопротезирования: инфекции, эрозии, миграция или экструзия протеза, миграция насадок, механическая несостоятельность протеза, тканевая и/или аллергическая реакция, острая задержка мочи, болевой синдром, гематома полового члена, отек и лимфостаз полового члена, гангрена полового члена, перфорация мочеиспускательного канала или кавернозных тел при некорректном размере импланта, неудовлетворенность пациента [6].

Соматическая патология, послужившая причиной ЭД и приведшая к необходимости имплантации, приведена в табл. 1.

Смешанная половая дисфункция (повреждение, как минимум, на трех уровнях регуляции: психической, эякуляторной, нейрогуморальной составляющих копулятивного цикла, не поддающееся консервативному лечению), **без нали-**

Таблица 1
Соматическая патология как причина ЭД

Исходная соматическая патология	Количество пациентов, (%)
Болезнь Пейрони в сочетании ЭД	30 (27)
Сахарный диабет (ангиопатия)	19 (17,1)
Инсулинзависимый СД	10 (9)
Инсулиннезависимый СД	9 (8,1)
Сосудистая ЭД	14 (12,7)
Кавернозный фиброз	4 (3,6)
Спинальная травма	3 (2,7)
Рак предстательной железы Состояние после радикальной простатэктомии	2 (1,8)

Таблица 2
Модели применяемых пенильных имплантов

Модель импланта	Количество имплантаций
Полужесткие эндофаллопротезы	72
AMS 650 (пластичный)	15
AMS 700 Ultrex	7
AMS Spectra	17

ция тяжелой соматической патологии выявлено у 38 (35,1%) прооперированных пациентов. В послеоперационный период в психотерапевтической коррекции нуждались 85 (85%) пациентов.

Выбор модели импланта основывался на критериях клинической эффективности (в зависимости от исходной патологии) и финансовых возможностей пациента (табл. 2).

Нами отмечены 2 (1,8%) случая осложнений эндофаллопротезирования у пациентов с инсулинзависимым СД в виде острого гнойного кавернита. Данное состояние привело к необходимости удаления имплантов, с последующим успешным репротезированием.

Удовлетворенность пациентов результатами операции определялась критериями эстетического вида и функциональных возможностей, которые позволяют пациенту вести половую жизнь. Эстетическая удовлетворенность пациентов отмечена в 90 (81%) случаях, функциональная – в 99 (89%) случаев.

Предпочтения пациентов в выборе модели импланта и ее замены были разнообразными и нередко менялись с течением времени. Причины могли быть самыми разнообразными: улучшение финансовых возможностей, смена полового партнера, появление более современных моделей эндофаллопротезов, изменение эстетических требований мужчины.

Также 9 (8,1%) пациентам производили замену пенильных имплантов на более совершенную модель.

Так, например: 2 (1,8%) пациентам произведена замена полужесткого протеза на AMS 650; 2 (1,8%) пациентам произведена замена полужесткого протеза на AMS 700 Ultrex; 1 (0,9%) пациенту произведена замена импланта AMS 650 на AMS 700 Ultrex; 2 (1,8%) пациентам произведена замена полужесткого протеза на AMS Spectra; 1 (0,9%) пациенту произведена замена импланта AMS 650 на AMS Spectra; 1 (0,9%) пациенту произведена замена импланта AMS 700 Ultrex на AMS Spectra.

Анализ данных, приведенных выше, позволяют достоверно отметить улучшение качества жизни пролеченных нами пациентов.

ВЫВОДЫ

В исследуемой группе тяжесть ЭД, требующей хирургической коррекции, обусловлена **полиэтиологичностью** факторов, снижающих эффективность медикаментозного лечения и приводящих к декомпенсации пенильного кровотока.

В группе пациентов, подвергшихся эндофаллопротезированию, **сочетанность соматической патологии** (в 64,9% случаев) является показателем, в основном определяющим необходимость оперативного вмешательства. Результатом проведения эндофаллопротезирования в исследуемой группе явилась удовлетворенность пациентов в 81–89% случаев.

Наш опыт применения продукции компании AMS (American Medical Systems) – одного из мировых лидеров по производству медицинской техники позволяет рассматривать возможность восстановления сексуальной функции у мужчин как реальную, решаемую задачу даже в самых тяжелых случаях. Возможность работы с качественным продуктом на уровне высочайших мировых стандартов приводит не только к улучшению состояния пациента, но и к возрастанию уровня оказываемой помощи, профессиональному удовлетворению хирурга.

Наш досвід лікування важких форм еректильної дисфункції І.І. Горпинченко, О.М. Корнієнко, М.Г. Романюк, К.Р. Нуріманов

Представлений ретроспективний аналіз даних щодо пацієнтів із тяжкими формами ЕД, які зазнали хірургічного лікування – імплантації ендифаллопротезів. Результати дослідження свідчать, що поліетіологічність факторів ураження еректильних тканин і поєднання важкої соматичної патології є провідними причинами необхідності хірургічного лікування.

Ключові слова: еректильна дисфункція, ендифаллопротезування, пенильні імпланти.

Our experience in treatment of severe forms of erectile dysfunction

I.I. Gorpynchenko, A. Kornienko, M. Romaniuk, K. Nurimanov

In the article a retrospective analysis of data on patients with severe ED who have been operated – implantation of penile protheses, is presented. The results indicated that polyethiology of factors which harm erectile tissues and the combination of severe somatic diseases are the leading causes for surgical treatment.

Key words: Erectile dysfunction, implanting of endofalloprotheses, penile implants.

ЛИТЕРАТУРА

1. І.І. Горпинченко, Д.З. Воробець. Еректильна дисфункція та її вивчення з позиції дисфункції ендотелію (пілотне дослідження) // Здоров'я чоловіка. – К., 2008. – № 3. – С. 61–66.
2. І.І. Горпинченко і соавтори. Еректильна дисфункція (монографія). – К.: Видавничий дім «Професіонал», 2008. – С. 118–128.
3. Recommendations of the 1st International Consultation on Erectile

- Dysfunction. In: Erectile Dysfunction; Jardin A, et al, eds. Plymouth, UK: Health Publication, Ltd; 2000: 711–726.
4. National Institutes of Health. NIH Consensus Statement. 1992 Dec 7–9; 10 (4): 1–35.
5. Adapted from: Kloner RA, Jarow JP. Erectile dysfunction and sildenafil citrate and cardiologists. Am J Cardiol 83:576, 1999. 6. AMS (American Medical Systems) «Penile Prosthesis», 2009.