

Анализ осложнений у пациентов, перенесших эндофаллопротезирование

И.И. Горпинченко, А.М. Корниенко, М.Г. Романюк, А.М. Сытенко, В.А. Рудаков

ГУ «Институт урологии НАМН Украины», г. Киев

Проанализирована информация о частоте и структуре осложнений у пациентов с тяжелой степенью эректильной дисфункции, перенесших хирургическое лечение – имплантации эндофаллопротезов. Полученные данные свидетельствуют, что многообразие факторов, приводящих к необратимым поражениям кавернозной ткани, и большое количество форм сопутствующей соматической патологии являются той платформой, на которой базируются причины, приводящие к развитию послеоперационных осложнений. У 18,7% прооперированных пациентов неудовлетворенность как осложнение имплантации не имеет соматических причин и рассматривается как декомпенсация психоэмоционального статуса, что требует последующих психотерапевтических мероприятий.

Ключевые слова: эректильная дисфункция, эндофаллопротезирование, послеоперационные осложнения.

Эректильная дисфункция (ЭД) – это:

«...неспособность развивать и/или поддерживать эрекцию, достаточную для удовлетворительной половой активности» [4], «...постоянная или временная неспособность достигнуть или сохранить эрекцию, достаточную для проведения успешного полового акта» [5].

Исследование многообразия причин и нарушений в организме мужчины, ведущих к угнетению его сексуальной функции заставляет нас привлекать знания из целого ряда медицинских специальностей, необходимых для комплексной оценки состояния пациента. Понимание сложности проблемы позволяет правильно выстроить стратегию и тактику ведения пациентов с сексуальными нарушениями и обязывает модернизировать методики, направленные на выяснение причинно-следственных связей в развитии ЭД, а также попытаться сделать безупречными лечебные мероприятия, направленные на полную реабилитацию пациентов сексологического профиля [1].

Но, к сожалению, наши знания и умения в деле консервативного ведения данной проблемы не могут гарантировать абсолютно всем пациентам успешное восстановление сексуальной функции. Прежде всего, это касается пациентов с тяжелыми органическими поражениями кавернозных тканей, которые ведут к необратимым морфологическим изменениям. Чаще всего эта ситуация встречается на фоне сопутствующей органической патологии, имеющей системный характер (сахарный диабет, гипертоническая болезнь, системные поражения соединительной ткани, венозная болезнь, облитерирующий эндартериит, гипогонадные состояния). Свой отрицательный вклад вносят и травматические поражения как половых органов, так и позвоночника. Это и есть тот контингент больных, для которых единственным способом помощи является хирургическое лечение – имплантация протезов полового члена [2]. В группу пациентов, решившихся на проведение оперативного вмешательства, входят пациенты, которых не устраивала продолжительность лечения, финансовые затраты, побочные эффекты фармакотерапии, неоправданные ожидания, отношение партнерши к процессу лече-

ния. Крайне важно дать пациенту почувствовать возможность свободного выбора между бескровными методиками коррекции ЭД и радикальными способами устранения данной проблемы.

Показаниями к проведению имплантации являются: спинальная (органическая) половая дисфункция, болезнь Пейрони в сочетании с ЭД, декомпенсированный пенильный кровоток (корпоральная вено-окклюзивная дисфункция, артериальная и артериовенозная недостаточность сосудов полового члена), кавернозный фиброз, некупирующийся приапизм, отсутствие эффекта от фармакотерапии ЭД, неудовлетворенность пациента результатами консервативного лечения [3].

Противопоказания к проведению эндофаллопротезирования являются: декомпенсированный сахарный диабет, 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 [3].

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 к хирургическому лечению. В эту же группу входят пациенты с высокой частотой повторных эндоскопических процедур [6].

Риски и осложнения при проведении эндофаллопротезирования связаны с инфекцией, эрозией, миграцией или экстружией протеза, миграцией насадок, механической несостоятельностью протеза, тканевой и/или аллергической реакцией, острой задержкой мочи, болевым синдромом, гематомой полового члена, отеком и лимфостазом полового члена, гангреной полового члена, перфорацией мочеиспускательного канала или кавернозных тел при некорректном размере импланта и неудовлетворенность пациента [6].

Любая хирургическая деятельность так или иначе чревата возникновением интра- и послеоперационных осложнений. Хирургия, связанная с установкой имплантов, подвержена еще более высоким рискам. Пенильные импланты, к сожалению, не являются исключением.

С целью объективизации данных нами проведено ретроспективное исследование частоты и структуры послеоперационных осложнений у пациентов, перенесших установку эндофаллопротезов в клинике отдела сексопатологии и андрологии ГУ «Институт урологии НАМН Украины» за период с 01.01.2007 по 31.05.2012.

Проведено хирургическое лечение 144 пациентов с тяжелыми формами ЭД.

Средний возраст – 51,4±3,8 года (Microsoft Excel Statistica 6,0).

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

Производили имплантации эндофаллопротезов различной конструкции: полужесткие эндофаллопротезы, AMS 650, AMS Spectra, AMS 700 Ultrex. Решение о том, какой вид эндофаллопротеза будет имплантироваться пациенту, принимали строго индивидуально, на основе данных, позволяющих прогнозировать успех хирургического вмешательства, удовлетворенность пациента результатами операции, эстетическую составляющую. В наших социально-экономических условиях немаловажную роль в выборе модели импланта играют материальные возможности пациента.

Распределение по моделям применяемых пенильных имплантов представлено в табл. 2.

Отмеченные нами осложнения после проведения эндофаллопротезирования представлены в табл. 3.

При необходимости – репротезирование более совершенной моделью импланта

Представленные выше осложнения условно можно разделить на 2 группы – требующие активного хирургического ведения (13 человек – 9,1%) и требующие динамического мониторинга (66 человек – 46%). В первую группу входят такие состояния, как гнойный кавернит, уретрокавернозный свищ, гипермобильность протеза, протрузия протеза, неисправность протеза. К факторам, приведшим к развитию данных проблем, относятся: исходное состояние кавернозной ткани и белочной оболочки, отягощенный соматический статус. 2 случая осложнений эндофаллопротезирования в виде острого гнойного кавернита, а также 2 случая гипермобильности протезов отмечено у пациентов с инсулинзависимым сахарным диабетом. Протрузия протезов наблюдалась у 2 пациентов, которым ранее проведено соответственно 2 и 3 репротезирования с заменой имплантов на более «продвинутой» модель. «Неисправность протеза» в нашем исследовании определена только как перелом полужесткого силиконового импланта, который требовал замены. Модели, представленные производителем AMS (American Medical Systems), за время наблюдения не имели технических проблем. Стоит отметить, что у 2 пациентов после имплантации модели AMS Spectra, с их слов, во время сексуальной активности был слышен достаточно громкий звук трения элементов импланта, заключенных в силиконовую оболочку. Эти случаи можно отнести ко второй группе пациентов.

Лимфостаз полового члена, гематома полового члена и мошонки, потеря чувствительности головки полового члена,

Таблица 1

Соматическая патология у больных, перенесших эндофаллопротезирование

Исходная соматическая патология	Количество пациентов, n (%)
Болезнь Пейрони в сочетании ЭД	39 27
Сахарный диабет (ангиопатия)	21 14,5
Инсулинзависимый СД	11 7,6
Инсулиннезависимый СД	10 6,9
Сосудистая ЭД	22 15,2
Кавернозный фиброз	5 3,5
Спинальная травма	3 2
Рак ПЖ	3
Состояние после радикальной простатэктомии	2
Ишемический приапизм	1 0,7

Таблица 2

Модели применяемых имплантов

Модель импланта	Количество имплантаций
Полужесткие эндофаллопротезы	78
AMS 650 (пластический)	16
AMS 700 Ultrex	10
AMS Spectra	40

на, болевой синдром, диссатисфакция пациента – все эти состояния требуют в основном наблюдения, минимальной медикаментозной коррекции и в обязательном порядке рациональной психотерапии. В послеоперационный период, даже при самом благоприятном его течении, в психотерапевтической коррекции нуждались 85% от общего числа па-

Таблица 3

Осложнения после эндофаллопротезирования

Вид осложнения	Количество n (%)	Исход осложнения
Гнойный кавернит	2 (1,4)	Эксплантация протеза с последующим репротезированием
Уретрокавернозный свищ	1 (0,7)	Эксплантация протеза с последующим репротезированием
Гипермобильность протеза	2 (1,4)	Пластика белочной оболочки
Протрузия протеза	2 (1,4)	Эксплантация протеза с последующим репротезированием
Неисправность протеза	6 (4,2)	Эксплантация неисправного протеза, репротезирование с заменой импланта
Лимфостаз полового члена	26 (18,2)	Разрешение
Гематома полового члена и мошонки	1 (0,7)	Разрешение
Потеря чувствительности головки полового члена	12 (8,4)	Разрешение
Диссатисфакция пациента	27 (18,7)	Рациональная психотерапия. При необходимости – репротезирование более совершенной моделью импланта

Оценка сексуальной функции после эндофаллопротезирования

Показатель	Отсутствие (0 баллов)	Низкий уровень (1 балл)	Средний уровень (2 балла)	Высокий уровень (3 балла)
Половое влечение				
Ощущение "естественной эрекции" (дополнительное кровенаполнение полового члена)				
Субъективное ощущение комфорта в процессе полового акта				
Уровень самооценки				
Удовлетворенность партнерши				
Общая удовлетворенность				

циентов [3]. Эстетическая удовлетворенность пациентов отмечена в 117 (81,3%) случаев, функциональная – в 128 (88,9%) случаев.

С целью дополнительной оценки состояния мужчин после установки пенильных имплантов нами предложен «Индекс оценки сексуальной функции у пациентов, перенесших эндофаллопротезирование», представленный в табл. 4.

Максимально возможное количество 18 баллов. Средний балл при проведении опроса составил $15,3 \pm 2,1$ (N=106), что, несомненно, свидетельствует о достоверном улучшении качества жизни наших пациентов.

ВЫВОДЫ

В исследуемой группе частота осложнений после эндофаллопротезирования обусловлена как соматическими факторами, так и психологическим статусом пациентом, подвергшихся хирургическому вмешательству.

Степень сопутствующих соматических нарушений (прежде всего – сахарный диабет) коррелирует с тяжестью серьезных хирургических осложнений после имплантации пенильных протезов.

У 18,7% прооперированных пациентов неудовлетворенность как осложнение имплантации не имеет соматических причин и рассматривается как декомпенсация психоэмоционального статуса, что требует последующих психотерапевтических мероприятий.

Аналіз ускладнень у пацієнтів, які перенесли ендофаллопротезування

І.І. Горпинченко, О.М. Корнієнко, А.М. Сытенко, М.Г. Романюк, В.О. Рудаков

Проаналізовано інформацію про частоту і структуру ускладнень у пацієнтів з важким ступенем еректильної дисфункції, які перенесли хірургічне лікування – імплантацію ендофаллопротезів. Отримані дані свідчать, що різноманіття чинників, які призводять до незворотних уражень кавернозної тканини, і велика кількість форм супутньої соматичної патології є тією платформою, на якій

базуються причини, що спричиняють розвиток післяопераційних ускладнень. У 18,7% прооперованих пацієнтів незадоволеність як ускладнення імплантації не має соматичних причин і розглядається як декомпенсація психоемоційного статусу, що вимагає подальших психотерапевтичних заходів.

Ключові слова: еректильна дисфункція, ендофаллопротезування, післяопераційні ускладнення.

Analysis of complications in patients who have implanted penile prosthesis

I.I. Gorpynchenko, O.M. Korniyenko, M.G. Romanyuk, A.M. Sytenko, V.O. Rudakov

The information about the frequency and structure of complications in patients with hard erectile dysfunction, who have undergone the surgical treatment – penile prosthesis implantation, was analyzed. Received data prove that the variety of factors, that lead to irreversible damage of cavernous tissue, and a large number of forms of concomitant somatic pathology, is that platform on which the reasons, that lead to the postoperative complications, are based. In 18.7% of operated patients the dissatisfaction, as complication after penile prosthesis implantation, doesn't have somatic reasons and is considered to be a decompensation of psycho-emotional status, that requires subsequent psychotherapeutic measures.

Key words: erectile dysfunction, endofalloprotezirovanie, postoperative complications.

ЛИТЕРАТУРА

1. Горпинченко І.І., Воробець Д.З. Еректильна дисфункція та її вивчення з позиції дисфункції ендотелію (пілотне дослідження) // Здоровье мужчины, К., 2008. – № 3. – С. 61–66.
2. Горпинченко И.И.и соавт. Эректильная дисфункция (монография). К.: Издательский дом «Профессионал», 2008. – С. 118–128.
3. Горпинченко И.И., Корниенко А.М., Романюк М.Г., Нуриманов К.Р. Наш опыт лечения тяжелых форм эректильной дисфункции // Здоровье мужчины. – 2011. – № 2. – С. 70–72.
4. National Institutes of Health. NIH Consensus Statement. 1992 Dec 7–9; 10(4):1–35.
5. 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.
6. AMS «Penile Prosthesis», 2009.