

premature ejaculation. J Sex Marital Ther 2000; 26:351–2.
 41. Carani C, Isidori AM, Granata A, Carosa E, Maggi M, Lenzi A, et al. Multicenter study on the prevalence of sexual symptoms in male hypo- and hyperthyroid patients. J Clin Endocrinol Metab 2005; 90:6472–9.
 42. Jannini EA, Ulisse S, D Armiento M. Thyroid hormone and male gonadal function. Endocr Rev 1995; 16:443–59.

43. Mancina R, Filippi S, Marini M, Morelli A, Vignozzi L, Salonia A, et al. Expression and functional activity of phosphodiesterase type 5 in human and rabbit vas deferens. Mol Hum Reprod 2005; 11:107–15.
 44. Fein RL. Intracavernous medication for treatment of premature ejaculation. Urology 1990; 35:301–3.
 45. Abdel-Hamid IA, El Naggar EA, El Gilany AH. Assessment of as needed use

of pharmacotherapy and the pause-squeeze technique in premature ejaculation. Int J Impot Res 2001; 13:41–5.
 46. Salonia A, Maga T, Colombo R, Scattoni V, Briganti A, Cestari A, et al. A prospective study comparing paroxetine alone versus paroxetine plus sildenafil in patients with premature ejaculation. J Urol 2002; 168:2486–9.
 47. Chen J, Majeesh NJ, Matzkin H,

Greenstein A. Efficacy of sildenafil as adjunct therapy to selective serotonin reuptake inhibitor in alleviating premature ejaculation. Urology 2003; 61:197–200.
 48. Dresser MJ, Desai D, Gidwani S, Seftel AD, Modi NB. Dapoxetine, a novel treatment for premature ejaculation, does not have pharmacokinetic interactions with phosphodiesterase-5 inhibitors. Int J Impot Res 2006; 18: 104–10.

Врожденная девиация полового члена: ближайшие и отдаленные результаты различных способов ее коррекции

С.Н. Шамраев, И.А. Бабюк, А.Н. Кнышенко, А.А. Чернышенко

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Донецкое областное клиническое территориальное медицинское объединение

ГУ «Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К.Гусака НАМН Украины», г. Донецк

Цель исследования: оценить непосредственные и отдаленные результаты хирургической коррекции врожденных пенильных искривлений.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Ретроспективно изучены истории болезни и амбулаторные карты 63 пациентов, перенесших за период 2000–2013 гг. различные виды хирургической коррекции врожденной девиации полового члена на базах кафедры урологии ДонНМУ (ДОКТМО) и ГУ «ИНВХ им. В.К. Гусака НАМН Украины». Все пациенты обследованы согласно протоколам оказания медицинской помощи (Приказ МОЗ Украины № 330).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

44 (69,8%) больным выполнена коррекция эректильной деформации с рассечением белочной оболочки. Среди модификаций операций чаще всего выполняли корпоропликации (КП) по Pruog-Fitzpatrick – 29 (46,1%), каждому пятому КП по Щеплеву – 11 (17,5%), КП по Nesbit – 8 (12,7%), КП по Yachia, Austoni и Essed-Schroder – по 5 (7,9%) соответственно. Период наблюдения составил в среднем $17,0 \pm 2,3$ мес (от 5 до 48 мес). Возраст больных варьировал от 16 до 30 лет (в среднем $23,0 \pm 3,2$ года). Все пациенты предъявляли жалобы на искривление полового члена при эрекции, невозможность интромиссии отметили 23 (36,5%) пациента. Угол искривления до 40° имел место у 20 (31,8%) пациентов, 40–59° – у 22 (34,9%), 60–79° – у 11 (17,5%), 780° – у 10 (15,8%). Вентральная девиация выявлена у 57 (90,5%), латеральная влево – у 3 (4,8%), у 2 (3,2%) пациентов имелось вентролатеральное искривление, латеральная девиация – вправо у 1 (1,6%) пациента. Средняя длина эрегированного полового члена составила $18,0 \pm 0,2$ см (от 15 до 22 см). Средняя окружность эрегированного полового члена составила $11,2 \pm 1,3$ см (от 9,5 до 15 см).

У 55 (87,3%) пациентов операцию проводили под эпидуральной анестезией, у 5 (7,9%) под эндотрахеальным наркозом, у 3 (4,8%) под внутривенным наркозом. Длительность операции в среднем составила $68 \pm 5,0$ мин (от 20 до 240 мин). Кровопотеря в среднем составила $7,0 \pm 3,6$ мл (от 0 до 200 мл). Стандартно в ходе хирургического вмешательства выполняли артифициальную эрекцию как до начала основного этапа операции, так и после ее

окончания, – для визуализации окончательного вида и герметичности швов. Всем пациентам, за исключением одного, выполняли круговое иссечение крайней плоти. В 41 (65,1%) наблюдениях использовали нерассасывающийся шовный материал, а в 22 (34,9%) – мононить медленного рассасывания (полидиоксанон – PDS 2-0/3-0). Рану полового члена ушивали без дренажей. Для уменьшения послеоперационных спонтанных болезненных эрекций и предотвращения отека или гематомы после операции накладывали давящую повязку на срок не менее 48 ч. В качестве антибиотикопрофилактики 23 (36,5%) пациентам вводили препарат фторхинолонового ряда II поколения, 40 (63,5%) – цефалоспорины III поколения. 8 (12,7%) пациентам потребовалось введение наркотических анальгетиков в течение одних суток, а одному – в течение 2 сут. В ранний послеоперационный период осложнений не отмечено. Рецидив заболевания возник у 6 (9,5%) пациентов, что потребовало в дальнейшем хирургической коррекции (Clavien IIIa). Четверо (6,4%) из них начали половую жизнь в течение первого месяца после операции Pruog-Fitzpatrick'a, вопреки полученным рекомендациям. У 2 (3,2%) в результате спонтанных утренних эрекций прорезались нерассасывающиеся нити, наложенные по методике Щеплева. Дополнительные пликации в сроки до 6 мес потребовались у 7 (11,1%) пациентов. Угол искривления до операции в среднем составил $61,0 \pm 2,3$ °. Угол искривления после операций составил в среднем $6,5 \pm 0,7$ ° (от 0° до 20°), койко-день – $9,5 \pm 4,2$ сут (от 4 до 19). Средний койко-день при КП по Pruog-Fitzpatrick'у $7,8 \pm 2,3$ сут (от 5 до 19), при КП по Щеплеву $5,4 \pm 1,8$ сут (от 4 до 15), при КП по Nesbit'у $6,8 \pm 1,7$ сут (от 5 до 17 сут).

ВЫВОДЫ

Используемые в клинике методики хирургической коррекции врожденных пенильных деформаций являются высокоэффективными (90,5%) и безопасными с минимальным уровнем отдаленных рецидивов (9,5%). Врожденную деформацию, независимо от возраста пациента, необходимо исправлять в связи с возможными психосексуальными последствиями. Не рекомендуем использовать нерассасывающийся шовный материал, в связи с тем, что он перманентно остается под кожей полового члена и может ощущаться самим пациентом или его партнершей. Считаем, что следует использовать шовный материал медленного рассасывания, например PDS 3-0.