

Опыт использования селективной коагуляции нервных ветвей *nervus dorsalis penis* в комплексной терапии преждевременной эякуляции у мужчин

Ю.Н. Гурженко¹, Ю.Ю. Синицкий²

¹ГУ «Институт урологии НАМН Украины», г. Киев

²КУ «Херсонская городская клиническая больница имени А.С. Лучанского»

Цель исследования: оценка эффективности лечения преждевременной эякуляции с помощью малоинвазивного метода селективной коагуляции нервных ветвей *n. dorsalis penis* (фаллоневроамидорзокоагуляция) в сочетании с последующей адаптационной терапией.

Материалы и методы. Под амбулаторно-стационарным наблюдением находились 343 активно сексуальных мужчины с синдромом преждевременной эякуляции. Из них было прооперировано 172 (50,1%) человека. Средний возраст пациентов составил $34,5 \pm 2,4$ года. До лечения пациентам был установлен диагноз преждевременной эякуляции, а согласно общепринятой классификации они были распределены следующим образом: *ejaculatio praesox relative* – 91 (52,9%) пациент, *ejaculatio praesox absoluta* – 76 (44,2%) человек и *ejaculatio ante portas* – 5 (2,9%) обследуемых.

Результаты. Изменения клинической картины заболевания при лечении малоинвазивным методом селективной коагуляции нервных ветвей *n. dorsalis penis* (фаллоневроамидорзокоагуляция) в сочетании с последующей адаптационной терапией проанализированы через 3 мес. Половая жизнь нормализовалась у 143 (82,3%) пациентов, улучшилась – у 18 (10,5%) больных, клиническая эффективность лечения составила 92,5%. У 11 (6,4%) больных улучшения не отмечено.

Заключение. Использование малоинвазивного метода селективной коагуляции нервных ветвей *n. dorsalis penis* (фаллоневроамидорзокоагуляция) в сочетании с последующей адаптационной терапией в лечении преждевременной эякуляции является высокоэффективным. Клиническая эффективность метода составила 92,5%. Полученные результаты позволяют рекомендовать этот метод в лечении мужчин с преждевременной эякуляцией.

Ключевые слова: ускоренная эякуляция, селективная коагуляция, фаллоневроамидорзо-коагуляция, сексуальная дезадаптация.

По определению Международной классификации болезней (МКБ-10), преждевременное семяизвержение – это состояние, при котором мужчина не способен контролировать продолжительность полового акта в той мере, которая была бы достаточна, чтобы оба партнера получили сексуальное удовлетворение. Преждевременное семяизвержение является одним из осложнений воспалительных заболеваний половых органов у мужчин [1–5].

Преждевременной эякуляцией страдают от 20% до 30% мужчин, причем только от 1% до 12% из них обращаются за медицинской помощью. При этом сексуальная неудовлетворенность приводит к снижению у мужчины самооценки, потере уверенности в себе, а также нарастанию конфликтности в отношениях между половыми партнерами. Решающую роль в диагностике и проведении лечения данного состояния играет субъективная оценка мужчиной его половой функции.

Причины преждевременной эякуляции

Выделяют ложный и истинный синдром преждевременной эякуляции (СПЭ).

Ложный синдром ускоренной эякуляции возникает при высокой степени физиологического возбуждения всех уровней нервной регуляции полового акта. Подобное состояние часто возникает при первом половом акте, после длительного воздержания, при контакте с новой половой партнершей. В дальнейшем, если не происходит формирования условного паторефлекторного комплекса, а также нарушений в надсегментарном уровне регуляции (невроза), это состояние проходит.

Истинный синдром ускоренной эякуляции имеет следующие причины:

1. Повышенная возбудимость спинального «исполнительного» уровня нервной регуляции феномена эякуляции.
2. Патологическая афферентная импульсация в «исполнительный» уровень со стороны рефлекторных зон половых органов.
3. Патологическая импульсация в «исполнительный» уровень из надсегментарного уровня регуляции. В данном случае помимо ускоренной эякуляции присутствуют вегетативные и(или) эмоциональные нарушения.
4. Патологическая импульсация в «исполнительный» уровень из коры головного мозга вследствие формирования устойчивого патологического условного рефлекса. В данном случае отсутствуют вегетативные и эмоциональные нарушения.
5. Гиперпролактинемия.

Этиология преждевременной эякуляции:

- длительное воздержание от секса либо низкая частота половых контактов, в результате чего происходит повышение сексуальной возбудимости;
- дискомфорт во время полового акта, связанный с беспокойством из-за ожидания наступления быстрого семяизвержения и возможным сексуальным неудовлетворением партнерши;
- психологическая настроенность на раннюю эякуляцию, формирующаяся обычно в молодом возрасте при первых половых контактах и вызванная страхом быть застигнутыми посторонними;
- индивидуальные конституциональные особенности иннервации полового члена, определяющие повышенную сексуальную чувствительность;
- особенности центрального отдела эякуляторного рефлекса, приводящие к формированию низкого порога эякуляторного рефлекса.

Основные патогенетические факторы преждевременной эякуляции:

1. Преждевременная эякуляция, обусловленная повышенной чувствительностью головки полового члена:
 - является постоянной, возникает с начала половой жизни и сохраняется всю жизнь;

- небольшое количество алкоголя заметно увеличивает продолжительность полового акта;
- презервативы и искусственные смазки с анестетиками увеличивают продолжительность полового акта.

2. Преждевременная эякуляция, обусловленная воспалительными заболеваниями органов мочеполовой системы (предстательной железы, семенного бугорка, семенных пузырьков):

- периоды ухудшения чередуются с нормальной длительностью полового акта;
- до возникновения воспалительных явлений с половой жизнью проблем не было;
- второй и последующие половые акты обычно значительно продолжительнее первого;
- употребление алкоголя может ухудшить течение преждевременной эякуляции;
- во время оргазма возможно возникновение болевых ощущений;
- специальные презервативы и смазки с анестетиками малоэффективны.

3. Преждевременная эякуляция, обусловленная психогенными факторами:

- возникает в начале половой жизни, а также при нерегулярных контактах;
- длительность коитуса может сильно различаться с разными партнершами;
- совершить второй половой акт часто не удается из-за отсутствия эрекции;
- преждевременной эякуляции часто сопутствует психогенная эректильная дисфункция;
- небольшое количество алкоголя способствует удлинению полового акта.

Классификация преждевременного семяизвержения

Эякуляция до введения (ejaculatio ante portas) – форма ускоренного семяизвержения. Эякуляция наступает перед половым актом, но до введения или в момент введения полового члена во влагалище.

Ускорение эякуляции абсолютное (ejaculatio praecox absoluta) – форма ускорения семяизвержения, когда эякуляция наступает в течение 30–60 с после начала фрикции (или длительность этой стадии составляет менее 20 фрикции).

Ускорение эякуляции относительное (ejaculatio praecox relativa) – форма ускорения семяизвержения. Эякуляция происходит до наступления оргазма у женщины, хотя с начала периода фрикции прошло не менее 1 мин (или не менее 20–25 фрикции).

Особенности различных видов преждевременной эякуляции

1. Повышенная чувствительность головки полового члена.

При повышенной чувствительности головки полового члена можно использовать *местную* или *локальную терапию* – специальные презервативы с анестетиками или мази с местноанестезирующими средствами на кожу полового члена. В настоящее время имеется большой выбор презервативов, в смазке которых содержится небольшое количество местного анестетика (чаще всего лидокаина). При использовании таких презервативов снижается чувствительность головки полового члена, что вызывает некоторое увеличение продолжительности полового акта. Низкая концентрация анестетика в смазке презерватива обусловлена тем, что лидокаин раздражает слизистые оболочки, вызывая жжение. И если у мужчины слизистая оболочка представлена только небольшим участком вокруг отверстия мочеиспускательного кана-

ла, то у женщины слизистой оболочкой покрыты вход и вся внутренняя поверхность влагалища, что может привести к достаточно сильным болевым ощущениям при попадании на них анестетика и невозможности проведения полового акта. Однако чем ниже содержание лидокаина в смазке презерватива, тем слабее блокируются нервные окончания, и тем раньше происходит семяизвержение.

В связи с этим можно использовать обычный презерватив с предварительным нанесением на кожу полового члена мази или геля с более концентрированным анестетиком, благодаря чему практически полностью исключается риск попадания раздражающего агента в половые пути женщины, а также достигается более продолжительное подавление процесса эякуляции.

При нежелании использовать презервативы местные анестетики применяются по следующей методике: после обработки полового члена лидокаином необходимо дождаться впитывания препарата в кожу, затем следует тщательно вымыть половой член во избежание попадания лидокаина во влагалище.

Местная терапия, как правило, позволяет увеличить время полового акта в среднем на 30%. Тем не менее, при отказе от дальнейшего лечения возникает полный регресс преждевременной эякуляции.

Также практикуются *специальные упражнения*, которые позволяют контролировать длительность полового акта. Техника сжимания была разработана двумя ведущими сексологами Мастерсом и Джонсон. При этой технике женщина работает руками, охватывая пальцами кончик полового члена. Большой палец помещается на уздечку (полоску кожи, находящуюся на нижней стороне головки), а другие пальцы располагаются по бокам венца головки. Когда пациент чувствует, что вот-вот все закончится, она слегка сжимает пальцы на 3–4 с, а затем ослабляет их. Это сжатие, возможно, приведет к частичной потере эрекции. Через полминуты или около того, когда ощущение близкой развязки схлынет, она снова принимается стимулировать половой член. Следует повторять этот прием по 3–4 раза, пока не почувствуете, что не в силах больше терпеть, и тогда можете дать волю оргазму. Этот метод можно применять и к основанию полового члена, если так лучше получается.

Когда вы достигните контроля и уверенности в себе при мануальной стимуляции, можете переходить к оральной стимуляции или к мануальной с использованием смазки, неторопливым движениям при положении женщины сверху и, наконец, к боковым позициям. Техника «стоп-старт» была разработана урологом Джеймсом Симансом из Университета Дюка в 1956 г., хотя во многих других странах практически такая же методика использовалась тысячелетиями. Вместо сжимания просто следует прекратить стимуляцию при первых признаках приближения оргазма. Подобно технике сжимания этот метод может применяться с частотой до одного раза в день по 15–30 мин на каждое занятие, несколько раз в неделю.

Эффективным является *оперативное лечение*: обрезание либо пересечение и последующее сшивание чувствительных нервов полового члена. При обрезании головка полового члена лишается защиты (крайней плоти), что приводит к ее постоянному контакту с бельем, отчего снижается чувствительность головки, а длительность полового акта увеличивается. Сегодня хирургическая операция является наиболее эффективным способом лечения преждевременного семяизвержения, позволяющим избавиться от данной проблемы раз и навсегда.

Разработанная методика временной денервации полового члена путем пересечения с последующим хирургическим восстановлением чувствительных нервных стволов позволяет увеличить продолжительность полового акта в 8–10 раз.

После операции возникает практически полная анестезия полового члена, что дает возможность проведения длительного полового акта (до 20–30 мин). Такая анестезия является временной и продолжается до полугода. В это время пациенту показаны частые и регулярные занятия сексом.

Несомненно, при сниженной чувствительности головки сексуальные ощущения не обладают всей полнотой и яркостью, имеющейся до операции. Однако за время течения процессов реиннервации и восстановления чувствительности полового члена при условии регулярных половых контактов у пациента формируется четкая доминанта на длительный половой акт, которая сохраняется после полного восстановления чувствительности через 6 мес. Оперативное вмешательство не является травматичным и не требует реабилитации пациента. Косметический результат после операции более чем приемлем: разрез производят вокруг головки полового члена, после снятия швов остается тонкая линия разреза, видимая только при обнажении головки. Операцию проводят с использованием микроскопической техники, что требует определенной подготовленности хирурга.

Важной особенностью данного метода является возможность оценить эффективность операции до ее проведения. Пациенту предлагают в домашних условиях обработать кожу головки и тела полового члена лидокаином, а затем надеть презерватив и заняться сексом. Если продолжительность полового акта будет дольше обычного, можно с уверенностью утверждать, что для данного пациента оперативное вмешательство окажется эффективным.

Наиболее неприятным моментом является сохранение повышенной чувствительности головки полового члена после проведенной денервации, связанное с сохранением одного или двух нервных стволов, имеющих аномальное расположение, что не позволяет обнаружить их во время операции. В этом случае показано повторное вмешательство для их обнаружения.

2. Воспалительные заболеваний мужских половых органов.

При наличии воспалительных явлений (простатит, эпидидимит и пр.) в первую очередь следует провести лечение данных заболеваний. Как правило, после лечения восстанавливается нормальная длительность полового акта. Отличительные признаки преждевременной эякуляции, обусловленной простатитом:

- течение волнообразное, то есть периоды нормальной продолжительности полового акта перемежаются с периодами преждевременной эякуляции;
- преждевременная эякуляция развивалась постепенно, а до ее появления с половой жизнью проблем не было;
- семяизвержение может наступать до начала полового акта, до прикосновений и стимуляции головки полового члена;
- второй и последующие половые акты обычно значительно продолжительнее первого;
- употребление алкоголя не меняет ситуацию, лишь усугубляет ее;
- чувство оргазма смазано, половой акт может не принести удовлетворения, а эякуляция может сопровождаться болью;
- использование презерватива и искусственных смазок никак не влияет на продолжительность полового акта. Специальные презервативы и смазки с анестетиками мало изменяют ситуацию.

Диагностика и лечение везикулита тесно связаны с проблемами предстательной железы.

3. Психогенная преждевременная эякуляция.

Психогенная преждевременная эякуляция, как правило, проходит по мере получения опыта ведения половой жизни. Если с течением времени улучшения не возникает, то необходимо получить консультацию психолога.

Самая распространенная психологическая причина эректильной дисфункции – это перевозбуждение. Оно в большей степени присуще юношам и молодым людям, недавно начавшим половую жизнь, но также встречается и среди вполне зрелых и опытных мужчин. При слишком сильном сексуальном возбуждении быстро нарастает напряжение в соответствующем отделе коры головного мозга, что и приводит к быстрому наступлению эякуляции и оргазма.

Другой, более редкий вариант психологической причины преждевременной эякуляции – это страх по поводу совершения полового акта. Например, половой акт происходит в необеспечивающей спокойствия или в не вполне адекватной для этого обстановке (на природе, в автомобиле, могут помешать родители и т.п.). В такой ситуации мужчина может торопиться скорее закончить половой акт и ускорять эякуляцию. Следует заметить, что подобное чаще присуще юношам и мужчинам молодого возраста, поэтому четко дифференцировать причины ускоренного семяизвержения здесь удастся редко.

Отличительные черты психогенной формы преждевременного семяизвержения:

- Начало половой жизни.
- Редкая, нерегулярная половая жизнь.
- Продолжительность полового акта может варьировать в очень широких пределах.
- Продолжительность полового акта может быть разной с разными партнершами.
- Совершить второй половой акт часто не удается из-за отсутствия эрекции.
- Преждевременная эякуляция часто протекает одновременно с проблемами с эрекцией.
- Иногда для увеличения продолжительности полового акта помогают мысли на отвлеченные темы во время полового акта (часто о каких-либо неприятных вещах). Иногда такие мысли приводят к исчезновению эрекции.
- Небольшое количество алкоголя обычно резко улучшает ситуацию.
- Чаще всего психологические проблемы с эякуляцией достаточно быстро решаются сами с возрастом и опытом половой жизни. Однако иногда они только нарастают, со временем делая половую жизнь мужчины трудной или вообще невозможной. Это редко проявляется только лишь преждевременной эякуляцией, чаще она сочетается с эректильной дисфункцией и иногда с задержкой эякуляции.

При далеко зашедших психологических проблемах требуется помощь опытного сексолога или психолога. Большое значение также имеет поведение партнерши – решить проблему значительно проще вдвоем, чем в одиночку. Чуткая и понимающая женщина способна оказать мужчине значительно большую помощь, нежели самый хороший специалист.

Лечение преждевременной эякуляции

Исходя из изложенного выше, выделяют 4 основных подхода к лечению преждевременной эякуляции:

1. Местное лечение.
2. Секс-терапия.
3. Фармакотерапия.
4. Хирургическое лечение.

Местное лечение и фармакотерапия являются лишь временным решением данной проблемы и требуют постоянного использования лекарственных средств. Секс-терапия, являясь наиболее безопасным методом, все же имеет целый ряд недостатков. К основным из них можно отнести длительное отсутствие эффекта и обязательное участие в лечении половой партнерши. Хирургическое вмешательство позволяет в кратчайшие сроки получить желаемый результат, который не исчезнет впоследствии. Положительным моментом является возможность оценить эффективность операции до ее проведения [6].

Группы больных	Выздоровление	Значительное улучшение	Улучшение	Без перемен
1 ejaculatio praecox relative (n=91; 52,9%)	68 (74,7)	16 (17,6)	7 (7,7)	0
2 ejaculatio praecox absoluta (n=76; 44,2%)	39 (51,3)	19 (25,0)	10 (13,2)	8 (10,5)
3 ejaculatio ante portas (n=5; 2,9%)	0	1 (20,0)	1 (20,0)	3 (60,0)
Всего (n=172; 100%)	107 (62,2)	36 (20,1)	18 (10,5)	11 (6,4)

Медикаментозная терапия

О свойстве некоторых лекарственных препаратов (нейролептиков, производных бензодиазепина, α-адреноблокаторов) задерживать время наступления эякуляции известно достаточно давно, однако их применение для лечения преждевременной эякуляции было невозможным в связи с наличием выраженных нежелательных реакций, обусловленных основной фармакологической направленностью действия этих веществ.

В настоящее время медикаментозная терапия преждевременной эякуляции получила распространение благодаря появлению новых лекарственных препаратов из группы антидепрессантов – ингибиторов обратного захвата серотонина, обладающих способностью тормозить процесс эякуляции на фоне отсутствия многих побочных явлений, имеющих у их предшественников. Эффективность лекарственной терапии преждевременной эякуляции препаратами из группы антидепрессантов достаточно высока (средняя продолжительность полового акта увеличивается в 4–8 раз) и сравнима лишь с хирургическими методами лечения. Однако количество побочных явлений не позволяет довольно часто применение данного метода лечения. Поэтому фармацевты ищут все новые нестандартные подходы в лечении этого заболевания, используя фитотерапевтические препараты, которые не обладают побочными явлениями антидепрессантов химического синтеза и действуют более щадящее на организм пациента. Особое место занимают так называемые легкие антидепрессанты, отличием которых является хорошая переносимость, обусловленная минимальным количеством нежелательных эффектов наряду с достаточной эффективностью при лечении депрессивной симптоматики.

Цель исследования: оценка эффективности лечения преждевременной эякуляции с помощью малоинвазивного метода селективной коагуляции нервных ветвей n. dorsalis penis (фаллоневроамидорзокоагуляция) [6] в сочетании с последующей адаптационной терапией.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

На базе Херсонского городского отделения поликлинической хирургии КУ «Херсонская клиническая городская больница имени Е.Е. Карабелеша» и подразделения андрологии, генитальной пластической и сексуальной хирургии в составе урологического отделения КУ «Херсонская городская больница имени А.С. Лучанского» за период 2004–2015 г. под амбулаторно-стационарным наблюдением находились 343 активно сексуальных мужчины с СПЭ. Средний возраст пациентов составил 34,5±2,4 года. Из них прооперировано 172 (50,1%) человека.

До лечения пациентам был установлен диагноз преждевременной эякуляции, а согласно общепринятой классификации они были распределены следующим образом: ejaculatio praecox relative – 91 (52,9%) человек, ejaculatio praecox absoluta – 76 (44,2%) человек и ejaculatio ante portas – 5 (2,9%) обследуемых.

Обоснованием оперативного пособия являлось наличие положительных результатов при ПЭ после снижения чувствительности головки полового члена. Поэтому во внимание брали длительность полового акта после применения

местноанестезирующих препаратов, а также длительность интравагинального полового акта после приема алкоголя.

Методика операции у этих пациентов заключалась в том, что был использован малоинвазивный доступ, минимальная травматизация тканей при подходе к основным этапам вмешательства: собственно селективная коагуляция нервных окончаний ветвей n.dorsalis penis. Для проведения оперативного вмешательства применяли оптику (бинокляры +4,5). Для определения места разреза кожи на половом члене использовали тактилографическое исследование головки полового члена перед вмешательством (рис. 1), что является основным критерием места разреза над ветвями при оперативном вмешательстве (рис. 2). Еще одним критерием точной топографии селективной коагуляции является ощущение самого пациента, находящегося на операционном столе. Учитывая то, что операция выполняется под региональной инфильтрационной анестезией (лидокаин, лонгогокаин), при точной коагуляции у больного наблюдаются непроизвольные судороги нижних конечностей, что обусловлено проведением импульса через расположенные рядом центр эякуляции спинного мозга и корешки спинного мозга, иннервирующие нижние конечности.

Предоперационная подготовка: объем лабораторных исследований соответствует стандартному набору исследований перед операцией. Кроме того, применяли тактилограмму полового члена.

Ход и техника операции: под региональной инфильтрационной анестезией делают 3 разреза в проекции ветвей n. dorsalis penis (2 с дорзальной и 1 с вентральной сторон). Проводят гемостаз. Под контролем налобной лупы (D=+4,5) и описанных выше ощущений пациента (с учетом данных тактилограммы) коагулируют нервные окончания ветвей n. dorsalis penis. Раны ушивают рассасывающимся шовным материалом (Vicryl 4/0) узловыми швами. Затем проводят асептическую обработку операционной раны и накладывают асептическую повязку.

Послеоперационное ведение больного. Время пребывания пациента в медузрении до 2 ч, поэтому данное пособие может быть применено даже в «клиниках одного дня», что и делалось первоначально. В послеоперационный период назначают антибактериальную терапию сроком до 5 дней. Преимущество отдают фторхинолонам в сочетании с антипротозойными препаратами для профилактики как аэробной, так и анаэробной инфекции. Такие назначения себя вполне оправдали, поскольку осложнений, связанных с нагноением ран, не было. Послеоперационную оценку проводили на протяжении всего раннего и позднего послеоперационного периода.

Пациентам с первого дня после операции назначали селективные ингибиторы обратного захвата серотонина: сертралин, пароксетин или флуоксетин. Длительность назначения определяли индивидуально в зависимости от формы преждевременной эякуляции и длительности заболевания.

После оперативного вмешательства был назначен прием препаратов для адаптации с целью выработки нового эякуляторного рефлекса у пациентов с ejaculatio praecox relative (52 пациента) и ejaculatio praecox absoluta (39 больных) сроком 1 мес; ejaculatio praecox absoluta (76 пациентов) и ejaculatio ante portas (5 больных) на 3 мес.

**РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ
И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ**

Изменения клинической картины заболевания при лечении малоинвазивным методом селективной коагуляции нервных ветвей n. dorsalis penis (фаллоневрорамидорзокоагуляция) в сочетании с последующей адаптационной терапией проанализированы через 3 мес. Больные отмечали увеличение времени полового акта разной степени (таблица).

Обобщая изложенное выше, можно сделать вывод, что половая жизнь нормализовалась у 143 (82,3%) пациентов, улучшилась – у 18 (10,5%) больных, клиническая эффектив-

ность лечения составила 92,5%. У 11 (6,4%) больных не отмечено улучшения вообще.

ВЫВОДЫ

1. Использование малоинвазивного метода селективной коагуляции нервных ветвей n. dorsalis penis (фаллоневрорамидорзокоагуляция) в сочетании с последующей адаптационной терапией в лечении преждевременной эякуляции является высокоэффективным. Клиническая эффективность метода составила 92,5%.

2. Полученные результаты позволяют рекомендовать использование этого метода в лечении мужчин с преждевременной эякуляцией.

**Досвід використання селективної коагуляції
нервових гілок nervus dorsalis penis у комплексній
терапії передчасної еякуляції у чоловіків
Ю.М. Гурженко, Ю.Ю. Синицький**

Мета дослідження: оцінювання ефективності лікування передчасної еякуляції за допомогою малоінвазивного методу селективної коагуляції нервних гілок n. dorsalis penis (фаллоневрорамидорзокоагуляція) у поєднанні з подальшою адаптаційною терапією.

Матеріали та методи. Під амбулаторно-стаціонарним спостереженням знаходилися 343 активно сексуальних чоловіка із синдромом передчасної еякуляції. З них було прооперовано 172 (50,1%) особи. Середній вік пацієнтів склав 34,5±2,4 року. До лікування пацієнтам було встановлено діагноз передчасної еякуляції, а згідно із загальноприйнятою класифікацією вони були розподілені наступним чином: ejaculatio praecox relative – 91 (52,9%) пацієнт, ejaculatio praecox absoluta – 76 (44,2%) осіб і ejaculatio ante portas – 5 (2,9%) обстежуваних.

Результати. Зміни клінічної картини захворювання при лікуванні малоінвазивним методом селективної коагуляції нервних гілок n. dorsalis penis (фаллоневрорамидорзокоагуляція) у поєднанні з подальшою адаптаційною терапією проаналізовані через 3 міс. Статеве життя нормалізувалося у 143 (82,3%) пацієнтів, покращилося – у 18 (10,5%) хворих, клінічна ефективність лікування склала 92,5%. У 11 (6,4%) хворих поліпшення не відзначено.

Заключення. Використання малоінвазивного методу селективної коагуляції нервних гілок n. dorsalis penis (фаллоневрорамидорзокоагуляція) у поєднанні з подальшою адаптаційною терапією у лікуванні передчасної еякуляції є високоефективним. Клінічна ефективність методу склала 92,5%. Отримані результати дозволяють рекомендувати використання у лікуванні чоловіків з передчасною еякуляцією.

Ключові слова: прискорена еякуляція, селективна коагуляція, фаллоневрорамидорзо – коагуляція, сексуальна дезадаптація.

**Experience using selective coagulation nerve
branches nervus dorsalis penis in complex therapy
premature ejaculation in men
Yu.N. Gurzhenko, Yu.Yu. Sinitskiy**

The aim of the study: to assess the effectiveness of treatment of premature ejaculation using the minimally invasive method of selective coagulation of the nerve branches n. dorsalis penis (fallonevroramidorzo coagulation) together with the subsequent adaptation therapy.

Materials and methods. Under the outpatient and inpatient were examined 343 sexually active men with the syndrome of premature ejaculation. Of them were operated on 172 (50.1 per cent) of the face. The average age of patients amounted to 34.5±2.4 years. Before treatment patients had a diagnosis of premature ejaculation, according to conventional classification they were distributed as follows: ejaculatio praecox relative - 91 (52.9%) patients, ejaculatio praecox absoluta - 76 (44.2%) and ejaculatio ante portas - 5 (2.9%) surveyed.

Results. Changes of the clinical picture of the disease in the minimally invasive treatment by means of selective coagulation of the nerve branches n. dorsalis penis (fallonevroramidorzo coagulation) together with the subsequent adaptation of the treatment was analyzed after 3 months. Sex life returned to normal in 143 (82.3%) patients, improved in 18 (10.5%) patients, the clinical efficacy of treatment amounted to 92.5%. 11 (6.4%) patients the improvement is not marked.

Conclusion. The use of minimally invasive method of selective coagulation of the nerve branches n. dorsalis penis (fallonevroramidorzo coagulation) together with the subsequent adaptation of therapy in the treatment of premature ejaculation is highly effective. Clinical efficacy amounted to 92.5%. The obtained results allow recommending the use in the treatment of men with premature ejaculation.

Key words: accelerated ejaculation, selective coagulation, coagulation fallonevroramidorzo -, sexual maladjustment.

Сведения об авторах

Гурженко Юрий Николаевич – ГУ «Институт урологии НАМН Украины», 04053, г. Киев, ул. В. Винниченко, 9а. E-mail: Tespoir@rambler.ru

Синицкий Юрий Юзефович – КУ «Херсонская городская клиническая больница имени А.С. Лучанского», _____, г. Херсон, ул. Крымская, 138

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Горбачев А.Г., Агулянский Л.И. Сравнительная оценка эффективности раверона и просталина при лечении простатита в эксперименте. – В кн. Роль пептидных биорегуляторов (цитомединов) в регуляции гомеостаза. Тез. докл. науч. конф. – Ленинград, 1987. – С. 26–27.
2. Сексология і андрологія, під ред. акад. О.Ф. Возіанова та проф. І.І. Горпинченка // Вид. – К.: Здоров'я, 1996.
3. Проскура О.В. Неспецифические простатиты и везикулиты: Руководство по клинической урологии/ Под ред. А.Я. Пытеля. – М., 1970. – С. 193–208.
4. Кан Д.В., Сегал А.С., Кузьменко А.Н. Диагностика и лечение хронического неспецифического простатита: Метод. рекомендации. – М., 1980.
5. Тиктинский О.Л. Воспалительные неспецифические заболевания мочеполовых органов. – Ленинград, 1984.
6. Colping G., Waclmar W. et al. EAU Guidelines onejaculatory disfunction, Eur.Urol.2004. – V. 46 (p. 555–558).

Статья поступила в редакцию 21.06.2016