

ЛИТЕРАТУРА

1. Васильев А.И. Уретроскопия и эндоуретральные операции – Ленинград: Медгиз, 1955. – С. 64.
2. Голубев М.А. Современные методы лечения преждевременной эякуляции и их эффективность. Дисс. ... канд. мед. наук. Москва, 2002г.
3. Крепе М.Л. (ред.) Гонорея мужская, женская и детская. – Ленинград: ОГИЗ, 1937. С. 406-410.
4. Мильман Л.Я. Импотенция (этиология, профилактика и лечение). – Ленинград: «Медицина», 1965. С. 38-43, 69-73, 86-87, 93-94, 119-121, 206-208.
5. Молочков В.А., Ильин И.И. Хронический уретрогенный простатит. – М.: Медицина, 1998. – С. 139-144.
6. Пушкарь Д.Ю., Сегал А.С. Значение хронического простатита в структуре причинных факторов преждевременной эякуляции. // Врачебное сословие, 2004; №5-6: С. 18-19.
7. Тиктинский О.Л., Михайличенко В.В. Андрология. – СПб.: Медиа Пресс, 1999. – С. 123-163.
8. Хольцов Б.Н. Повреждения и заболевания предстательной железы. – СПб, 1909. С. 29.
9. Юнда И.Ф. Простатиты. – Киев: «Здоровье», 1987. С. 6, 18, 26-50, 85, 95, 104-105.
10. Althof SE, Abdo CH, Dean J, Hackett G, McCabe M, McMahon CG, Rosen RC, Sadovsky R, Waldinger M, Becher E, Broderick GA, Buvat J, Goldstein I, El-Meliegy AI, Giuliano F, Hellstrom WJ, Incrocci L, Jannini EA, Park K, Parish S, Porst H, Rowland D, Segraves R, Sharlip I, Simonelli C, Tan HM; International Society for Sexual Medicine. International Society for Sexual Medicine's guidelines for the diagnosis and treatment of premature ejaculation. J Sex Med. 2010 Sep;7(9):2947-69.
11. Krieger J.N., Nyberg L.Jr., Nickel J.C. NIH consensus definition and classification of prostatitis [letter]. JAMA 1999; 281:236-237.
12. Nickel JC. The Pre and Post Massage Test (PPMT): a simple screen for prostatitis. Tech Urol 1997; 3 : 38 – 43.
13. Wassidlo E., Ruggles T., Goldberg R. Notthafft, Arch. f. Derm. & Syph., 1904.

УДК 616.69-008.33

© Н.Д. Ахвледиани, П.В. Глыбочко, Ю.Г. Аляев, 2011

Н.Д. Ахвледиани¹, П.В. Глыбочко^{1,2}, Ю.Г. Аляев^{1,2} ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗНЫХ МОДИФИКАЦИЙ ФРЕНУЛОПЛАСТИКИ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОМ СЕМИЯИЗВЕРЖЕНИИ, ОБУСЛОВЛЕННОМ КОРОТКОЙ УЗДЕЧКОЙ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА

¹«ГОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова», г. Москва
²НИИ уронефрологии и репродуктивного здоровья человека, г. Москва

Целью работы явилось оценить эффективность модификаций френулопластики у больных с преждевременным семяизвержением, связанным с короткой пенильной уздечкой. В исследовании участвовало 68 больных с преждевременным семяизвержением на фоне короткой уздечки полового члена. I группу составили 33 больных, которым выполнили стандартную френулопластику. Во II группу вошли 35 мужчин, которым осуществили z-образную пластику уздечки полового члена. Преждевременное семяизвержение сохранилось после стандартной и z-образной модификаций френулопластики у 11 (33,3%) и 6 (17,1%) пациентов соответственно. Коитальный дискомфорт в области послеоперационного рубца после стандартной и z-образной методик отмечали 7 (21,2%) и 4 (11,4%) пациента, соответственно.

Z-образная френулопластика, по сравнению со стандартной методикой является наиболее эффективным и безопасным способом лечения преждевременной эякуляции, ассоциированной с короткой уздечкой полового члена.

Ключевые слова: преждевременное семяизвержение, френулопластика, короткая уздечка полового члена.

N.D. Akhvediani, P.V. Glybochko, Yu.G. Aliayev THE EFFICACY OF DIFFERENT FRENULOPLASTY MODIFICATIONS IN PREMATURE SHORT PENILE FRENULUM EJACULATION

The purpose of the study was to evaluate the efficacy of frenuloplasty modifications in patients with premature ejaculation associated with a frenulum preputii breve. 68 patients with premature ejaculation induced by short penile frenulum were enrolled in the study. Group I included 33 patients in whom standard frenuloplasty was performed. Group II included 35 males in whom z-shaped frenuloplasty were performed. Premature ejaculation persisted after standard and z-shaped frenulum plastics modifications in 11 (33.3%) and 6 (17.1%) patients, respectively. Coital discomfort in the area of post-surgical cicatrix after performance of standard and z-shaped technique was observed in 7 (21.2%) and 4 (11.4%) patients, respectively.

Z-shaped frenuloplasty, if compared to the standard technique, is the most efficient and safe therapy method for premature ejaculation associated with a frenulum preputii breve.

Key words: premature ejaculation, frenuloplasty, frenulum preputii breve.

Роль врожденной короткой уздечки полового члена (frenulum preputii breve) в возникновении преждевременного семяизвержения обсуждается в научной литературе в течение многих лет. Начало этой дискуссии положил в 1887 году S. Gross, который впервые высказал мнение о взаимосвязи ускоренной эякуляции и указанной генитальной аномалии [2].

Стандартная (поперечно-продольная) френулопластика повсеместно применяется

при короткой уздечке полового члена с 1917 года [5]. Однако в 1954 году J.D. Rufino и F. Frenillo de Pene установили, что означенная операция в большинстве наблюдений приводит к формированию продольного рубца на вентральной поверхности внутреннего листка крайней плоти, что может обуславливать у мужчины дискомфортные ощущения во время фрикционной фазы коитуса и снижать эффективность коррекции ускоренного семяизвержения [4]. В связи с этим поиск новых моди-

фикаций пластики уздечки при ее врожденном укорочении у больных с первичной преждевременной эякуляцией остается актуальным в современной урологии.

Материал и методы

С 2006 по 2010 год в урологической клинике ГОУ ВПО Первого МГМУ им. И.М. Сеченова проведено проспективное изучение эффективности модификаций френулопластики у больных с первичным преждевременным семяизвержением, обусловленным короткой уздечкой полового члена. Описанный порок развития гениталий констатировали при осмотре по признаку L. Gallo et al. (2010) в случае вентральной девиации пенильной головки более чем на 20° при смещении крайней плоти к основанию органа [1]. Ускоренное семяизвержение констатировали по современным критериям, принятым Международной ассоциацией по сексуальной медицине (ISSM). Согласно им патологической считают эякуляцию, возникающую приблизительно через 1 минуту после пенетрации или до введения полового члена во влагалище, что дополнительно характеризуется отсутствием контроля над семяизвержением, сниженным половым удовлетворением, психологической подавленностью мужчины и межличностными конфликтами у партнеров [3].

В конечный анализ вошли 68 сексуальноактивных пациентов с первичной (врожденной) формой эякуляторного нарушения, сочетанной с укорочением уздечки полового члена. Больные были рандомно разделены на 2 группы. I группу исследуемых составили 33 пациента, средний возраст $20,42 \pm 3,7$ года. Им была выполнена стандартная френулопластика, заключающаяся в поперечном рассечении уздечки полового члена с последующим ушиванием раны в продольном направлении с помощью одиночных узловых швов полипропиленовой нитью 4/0. Во II группу вошли 35 мужчин, средний возраст $21,94 \pm 4,6$ года, которым в последующем была осуществлена Z-образная пластика уздечки полового члена. Метод зигзагообразного рассечения кожи с формированием перемещаемых треугольных кожных лоскутов был позаимствован из пластической хирургии. Z-образный разрез выполнялся по вентральной поверхности полового члена, начиная от правой половины головки ближе к ее основанию с переходом на уздечку и окончанием кожной инцизии в левых отделах внутреннего листка крайней плоти. Полученные в результате деликатной отсепаровки кожи 2 треугольных лоскута перемещали по отношению к друг другу с нало-

жением одиночных узловых швов полипропиленовой нитью 4/0. Обязательным условием послеоперационного ведения пациентов обеих групп было наложение компрессионной асептической повязки сроком до 5 суток с целью профилактики кровотечения и правильного заживления раны.

Половые отношения больным рекомендовали возобновлять через 3 недели после операции. Оценка эффективности проведенного хирургического лечения проводилась путем сопоставления результатов обследования, проведенного до операции и через 1 месяц после возобновления копулятивной активности. В диагностический план было включено измерение времени интравагинальной задержки семяизвержения (ВИЗС), а также определение вибрационной чувствительности головки полового члена (биотезиометрия).

ВИЗС регистрировалась пациентами самостоятельно с помощью секундомера с момента интродукции (введения пениса во влагалище партнерши) до наступления выброса семенной жидкости из наружного отверстия уретры, сопровождающегося оргастическими ощущениями.

Вибрационную чувствительность головки полового члена (ВЧГПЧ) определяли с помощью специализированного медицинского прибора «Вибротестер-МБН» ВТ-02-1 (МБН, Россия). Диапазон измерений согласно разработанной нами методике был представлен 3 частотами, тестируемыми по последовательной программе: 64, 125 и 250 Гц.

Все полученные данные были обработаны в программе Excel 2007 с вычислением описательных статистических параметров: среднего арифметического (М), медианы и среднеквадратического отклонения (σ). Для установления достоверности (р) различий использовали Т-тест для парных и независимых выборок.

Результаты

Признаки преждевременного семяизвержения сохранялись после стандартной и Z-образной модификаций френулопластики у 11 (33,3%) и 6 (17,1%) пациентов соответственно. Таким образом, эффективность указанных методов в отношении коррекции эякуляторного нарушения составила 66,7 и 82,9%.

Вместе с тем при анализе динамики ВИЗС отмечено его статистически достоверное увеличение в результате проведенной стандартной френулопластики с $69,97 \pm 22,83$ до $360,33 \pm 125,49$ с ($p < 0,001$). Сходная динамика наблюдается среди больных II группы, у

которых данный показатель увеличился с $68,54 \pm 21,36$ до $355,06 \pm 124,3$ с ($p < 0,001$). При межгрупповом сравнении аналогичных параметров достоверных различий не выявлено (ВИЗС I группы до лечения против ВИЗС II группы до лечения - $p = 0,791$; ВИЗС I группы

после лечения против ВИЗС II группы после лечения - $p = 0,862$).

По результатам биотезиометрии ВЧГПЧ статистически значимо возросла после операции в обеих группах исследуемых ($p < 0,001$) (см. таблицу).

Таблица

Частота вибрационного воздействия, Гц	ВЧГПЧ у больных I и II групп до и после лечения					
	I группа (n=33)			II группа (n=35)		
	медиана ВЧГПЧ (5 и 95 процентиля), дБ			медиана ВЧГПЧ (5 и 95 процентиля), дБ		
	до лечения	после лечения	p	до лечения	после лечения	p
32	5,4 (2,87 и 7,39)	12,8 (10,27 и 14,79)	<0,001	5,9 (2,92 и 7,96)†	14,5 (12,12 и 17,00)‡	<0,001
64	7,6 (5,17 и 9,41)	15,8 (12,92 и 17,96)	<0,001	8,4 (5,22 и 10,26)†	17,8 (14,82 и 19,86)‡	<0,001
125	11,2 (8,47 и 12,71)	18,0 (15,27 и 19,53)	<0,001	11,7 (8,52 и 13,16)†	19,6 (17,04 и 20,96)‡	<0,001

†- Достоверное различие с аналогичным показателем другой группы отсутствует ($p > 0,05$).

‡- Достоверное различие с аналогичным показателем другой группы ($p < 0,001$).

По результатам межгруппового сравнения данных послеоперационного обследования у больных, подвергшихся z-образной френулопластике, были зарегистрированы достоверно ($p < 0,001$) более высокие значения порога glandулярной тактильной чувствительности.

При анализе нежелательных явлений, отмеченных пациентами с момента возобновления половой активности, установлено, что после стандартной френулопластики у 7 (21,2%) пациентов в сроки до 3 месяцев после операции отмечались дискомфортные ощущения в области послеоперационного рубца. В начальный период после возобновления половой жизни указанные ощущения носили болезненный характер. Среди больных, подвергшихся z-образной пластике уздечки, сходные явления отмечались в 4 (11,4%) наблюдениях. При анализе причин возникновения неприятных ощущений во время коитуса у пациентов I группы при осмотре выявлено формирование келоидного послеоперационного рубца, который при натяжении доставлял дискомфорт. У всех 4 (100%) пациентов, подвергшихся z-образной пластике уздечки, нежелательные явления возникли вследствие нарушения режима ношения компрессионной повязки в послеоперационном периоде, что

сопровождалось отклонениями в заживлении раны.

Обсуждение

Проведенное проспективное исследование еще раз подтвердило роль frenulum praeputii breve в каузальном генезе развития ускоренного семяизвержения. Преимущества в эффективности z-образной пластики по сравнению со стандартной методикой при преждевременной эякуляции, ассоциированной с обсуждаемой генитальной аномалией, связаны с более значимым снижением чувствительности головки полового члена, что объективно подтверждено с помощью данных биотезиометрии.

Z-образный способ френулопластики реже сопровождается диспареунией при возобновлении половой жизни. Данное обстоятельство связано с минимальным натяжением тканей крайней плоти и кожных покровов головки полового члена при зигзагообразном разрезе кожи.

Вывод

Z-образная френулопластика по сравнению со стандартной методикой является наиболее эффективным и безопасным способом лечения преждевременной эякуляции, ассоциированной с короткой уздечкой полового члена.

Сведения об авторах статьи:

Ахведиани Ника Джумберович – к.м.н., доцент кафедры урологии Первого МГМУ имени И.М. Сеченова, тел. раб. 8(495)5006103, e-mail: nikandro@mail.ru

Глыбочко Петр Витальевич – д.м.н., профессор, член-корр. РАМН, ректор Первого МГМУ имени И.М. Сеченова, директор НИИ уронефрологии и репродуктивного здоровья человека.

Аляев Юрий Геннадьевич – д.м.н., профессор, член-корр. РАМН, Директор клиники и зав. кафедрой урологии Первого МГМУ имени И.М. Сеченова, заместитель директора НИИ уронефрологии и репродуктивного здоровья человека по лечебной работе, Заслуженный деятель науки РФ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Gallo L., Perdonà S., Gallo A. The role of short frenulum and the effects of frenulectomy on premature ejaculation. J. Sex. Med. 2010; 7(3): 1269-76.
2. Gross S. Practical treatise on impotence and sterility. Edinburgh: Y.J. Pentland. 1887.
3. McMahon C.G., Althof S.E., Waldinger M.D. et al. An evidence-based definition of lifelong premature ejaculation: report of the International Society for Sexual Medicine (ISSM) ad hoc committee for the definition of premature ejaculation. J. Sex. Md. 2008; 5(7): 1590-606.
4. Rufino J.D., Frenillo de Pene F. Plastica con "Z" Frenulum of the Prepuce; "Z" shaped plastic surgery Rev. Argent. Urol. 1954; 23: 144-145.
5. Waldinger M.D. The neurobiological approach to premature ejaculation. J. Urol. 2002; 168: 2359-67.