

особенности нарушения функции нижних мочевых путей и выявить причину дизурии, в том числе и недержания мочи, что имеет исключительно важное значение для прогноза болезни. Точная диагностика особенностей и

причин нарушения функции нижних мочевых путей с последующим проведением патогенетической терапии будет способствовать существенному улучшению результатов лечения больных данной категории.

Сведения об авторах статьи:

Аляев Юрий Геннадьевич – д.м.н., чл.-корр. РАМН, профессор, зав. кафедрой урологии Первого МГМУ им. И.М.Сеченова, раб. тел. (499) 248-71-55

Локшин Константин Леонидович – д.м.н., ст. науч. сотрудник кафедры урологии Первого МГМУ им. И.М.Сеченова, e-mail: k_lokshin@hotmail.com

Гаджиева Зайда Камалудиновна – д.м.н., сотрудник кабинета уродинамической диагностики клиники урологии УКБ №2 Первого МГМУ им. И.М.Сеченова раб. тел. (499) 248-71-22, e-mail: zaida-gadzhieva@rambler.ru

Тангриберганов Мурат Рейимберганович – аспирант кафедры урологии Первого МГМУ им. И.М.Сеченова, e-mail doc.uro@mail.ru

ЛИТЕРАТУРА

1. Аль-Шукри С.Х., Кузьмин И.В. Гиперактивность детрузора и ургентное недержание мочи. Пособие для врачей. - СПб., 1999. - 48с.
2. Аляев Ю.Г., Григорян В.А., Гаджиева З.К. Расстройства мочеиспускания. – М.: Литтера, 2006. – 208 с.
3. Гаджиева З. К., Уродинамические исследования в диагностике и лечении нарушений мочеиспускания: Дисс...док. мед. наук. - М., 2009.
4. Газимиев М. А. Эхоуродинамическая диагностика расстройств мочеиспускания: Дисс... канд. мед. наук. – М., 1999.
5. Данилов В.В., Елисеева Е.В. Влияние альфа 1-адреноблокатора Камирен XL на циркадные ритмы мочеиспускания у больных с гиперактивным мочевым пузырем // Эффективная фармакотерапия в урологии №2. – 2010. – С. 14-16.
6. Данилова Т.И., Петров С.Б., Данилов В.В. Недержание мочи при напряжении и α1-адреноблокаторы: теоретическое обоснование концепции консервативной терапии // Эффективная фармакотерапия в урологии. – 2010. - №4. - С. 42-48.
7. Козырев С. В., Диагностика и лечение гиперактивного мочевого пузыря у больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы: Дисс. ...канд. мед. наук. - М., 2008.
8. Kaplan S.A., Bowers D.L., Te A.E., Olsson C.A. Differential diagnosis of prostatism: A 12-year retrospective analysis of symptoms, urodynamics and satisfaction with therapy // J. Urol. – 1996. - Vol. 155, № 4. – P. 1305-1308.
9. Abrams P.H., Wein A. Overactive: bladder and its treatment // Urology. - 2000. - Vol. 55, Suppl. 5A. – P. 314-317.
10. Flisser A.J., Blaivas J.G. Role of cystometry in evaluating patients with overactive bladder // Urology. – 2002. - Vol. 60. - P.33-42.
11. Мазо Е.Б., Кривобородов Г.Г. Гиперактивный мочевой пузырь. - М.: Вече, 2003. – 160 с.
12. Ромих В.В., Сивков А.В. Симптомы нарушения функций нижних мочевых путей: уродинамические аспекты // Consilium medicum. Экстравыпуск. Материалы симпозиума «Доброкачественная гиперплазия предстательной железы. Здравый подход. Разумное лечение». – М., 2006. – С.10-12.

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}

КОЛЛИКУЛИТ КАК ПРИЧИНА ПРИОБРЕТЕННОЙ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ЭЯКУЛЯЦИИ: МИФ ИЛИ РЕАЛЬНОСТЬ?

¹ГОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова», г. Москва

²НИИ уронефрологии и репродуктивного здоровья человека, г. Москва

Цели и задачи. Изучение взаимосвязи между эндоскопическими изменениями семенного бугорка и вторичного преждевременного семяизвержения. Анализированы результаты задней ирригационной уретроскопии, выполненной 162 больным хроническим простатитом в возрасте 34.1±12.3 года. Учитывали только размеры семенного бугорка, которые не могли исказиться от лидокаинсодержащих субстанций. У 79 (48.8%) из 162 обследованных больных хроническим простатитом отмечались признаки преждевременной эякуляции, а в 83 (51,2%) наблюдениях эякуляторных нарушений не выявляли. Гипертрофия семенного бугорка констатирована у 9 (5.5%) из 162 пациентов. При этом лишь 3 (33.3%) из них жаловались на преждевременную эякуляцию. Гипертрофия семенного бугорка взаимосвязана с хроническим простатитом, но не увеличивает риск приобретенной преждевременной эякуляции. В связи с этим выполнение задней ирригационной уретроскопии у больных данной категории нельзя считать рекомендованным.

Ключевые слова: преждевременное семяизвержение, колликулит, семенной бугорок, хронический простатит.

N.D. Akhvlediani, P.V. Glybochko, Yu.G. Aliayev

COLLICULITIS AS THE CAUSE OF ACQUIRED PREMATURE EJACULATION: MYTH OR REALITY?

The purpose of the study was to reveal a correlation between verumontanum endoscopic changes and secondary premature ejaculation. The results of posterior irrigation urethroscopy performed in 162 patients with chronic prostatitis at the age of 34.1±12.3 were analyzed. Only the size of a verumontanum that could not be distorted by lidocaine-containing substances, were taken into account. Signs of premature ejaculation were observed in 79 (48.8%) out of 162 examined patients with chronic prostatitis, and in 83 (51.2%) cases there were no ejaculatory disorders detected. Verumontanum hypertrophy was identified in 9 (5.5%) out of 162 patients. However, only 3 (33.3%) of them complained of premature ejaculation. Verumontanum hypertrophy correlates with chronic prostatitis, but does not increase the risk of acquired premature ejaculation. Therefore, posterior urethroscopy in patients of this cohort cannot be considered advisory.

Key words: premature ejaculation, colliculitis, verumontanum, chronic prostatitis.

Значимость воспаления семенного бугорка при хроническом простатите в развитии преждевременного семяизвержения обсуждается в научной литературе более 100 последних лет. В 1904 году вышла в свет первая публикация Е. Wossidlo и соавт., касающаяся роли колликулита в возникновении ускоренного семяизвержения. При выявлении воспалительных изменений в семенном бугорке исследователи предлагали применение местной терапии раствором азотнокислого серебра [13]. В последующем сторонниками данной концепции стали выдающиеся российские урологи Б.Н. Хольцов (1909), Р.М. Фронштейн (1926), М.А. Заиграев (1926), А.И. Васильев (1955), и И.М. Порудоминский (1960) [4].

Параллельно формировалась противоположная точка зрения, ставящая под сомнение взаимосвязь между преждевременной эякуляцией и колликулитом у больных хроническим простатитом. Л.Я. Якобзон (1937) опираясь на данные сотен уретроскопий, считал роль воспаления семенного холмика при указанном сексуальном нарушении сильно преувеличенной [3]. В более поздних работах Л.Я. Мильман (1965) и И.Ф. Юнда (1987) сообщали об отсутствии корреляции между изменениями в задней уретре и приобретенной преждевременной эякуляцией. Независимо друг от друга авторы настоятельно рекомендовали без крайней необходимости не применять сухую уретроскопию и туширование семенного бугорка в клинической практике [4, 9].

Примечательно, что среди относительно современных отечественных научных трудов встречаются работы, в которых вновь подтверждается реальность существования колликулита при хроническом простатите, осложнившимся возникновением преждевременной эякуляции. Кроме того, авторы указанных публикаций рекомендуют выполнение эндоскопического осмотра уретры и применение прижигающих субстанций при выявлении воспалительных изменений в семенном бугорке [2, 5, 6].

Описанные существенные противоречия обосновали проведение собственного изучения проблемы.

Материал и методы

Анализу были подвергнуты данные эндоскопического осмотра задней уретры, выполненного случайно 162 (27.8%) из 584 больных хроническим простатитом в возрасте от 17 до 45 лет (средний возраст – 34.1 ± 12.3 года), проходивших лечение в период с 2005

по 2010 годы в урологической клинике Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, а также медицинском центре «Hi-Tech Medical» и клинике семейной медицины «Андромед».

Хронический простатит диагностировали по результатам двухпорционного теста мочи, предложенного J.C. Nickel. Данный метод предполагает сбор 10-15 мл мочи до и после массажа предстательной железы. Обе порции подвергаются микроскопии с подсчетом количества лейкоцитов и культуральному исследованию [12]. Диагноз формулировали согласно современной классификации, предложенной Национальным институтом здоровья США: хронический бактериальный (II категория), абактериальный воспалительный (IIA категория), абактериальный невоспалительный (IIB категория) и бессимптомный (IV категория) простатит [11].

Во всех наблюдениях выполняли ирригационную уретроскопию ввиду меньшей по сравнению с «сухой» методикой травматичностью и более хорошей визуализацией. Исследования выполняли с помощью уретроцистоскопов компаний «Rudolf», «R.Wolf» и «Olympus» диаметрами от 21 до 23 Ch и оптикой 0°.

Уретроскопию не выполняли пациентам, ранее подвергавшимся интрауретральным манипуляциям и разнообразным видам локальной терапии, а также при выявлении более 5000 лейкоцитов в 1 мм предмассажной порции мочи. Принимая во внимание ранее сведения о том, что применение местной интрауретральной анестезии (Катеджель, Инстиллагель, 2% раствор лидокаина) может приводить к изменению сосудистого рисунка слизистой мочеиспускательного канала и непосредственно семенного бугорка, учитывали только размеры последнего, которые не могли исказиться от лидокаинсодержащих субстанций [1].

У 79 (48.8%) из 162 обследованных больных хроническим простатитом отмечались признаки преждевременной эякуляции, а в 83 (51.2%) наблюдениях эякуляторных нарушений не выявляли.

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, пси-

хологической подавленностью мужчины и межличностными конфликтами у партнеров [10].

Результаты

Гипертрофия семенного бугорка, которую можно считать одним из основных признаков хронического колликулита [1, 8, 13], констатирована у 9 (5.5%) из 162 пациентов. При этом лишь 3 (33.3%) из них жаловались на преждевременную эякуляцию (рис. 1 и 2).

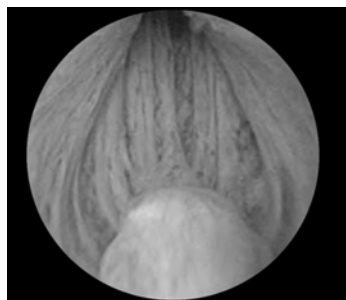


Рис. 1. Эндоскопическая картина нормального семенного бугорка. Больной К., 34 лет. А.к. №2465.

Диагноз: вторичная преждевременная эякуляция. Хронический простатит II категории

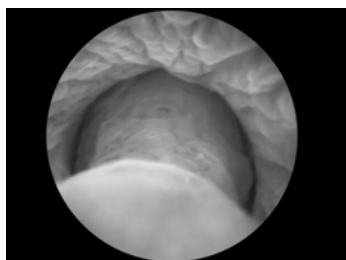


Рис. 2. Эндоскопическая картина увеличенного семенного бугорка. Больной Л., 26 лет. А.к. №1383.

Диагноз: хронический простатит II категории

Анализ частоты встречаемости увеличения семенного холмика применительно к категориям хронического воспаления простаты в зависимости от состояния эякуляторной функции приведен в таблице.

Таблица

Встречаемость увеличения семенного бугорка у больных хроническим простатитом, в зависимости от наличия вторичной преждевременной эякуляции.

Состояние эякуляторной функции	Категории хронического простатита	Встречаемость гипертрофии семенного холмика	
		Абс.	%
Вторичное преждевременное семяизвержение (n=79)	II (n=47)	2	4.2
	IIIА (n=19)	1	5.3
	IIIБ (n=8)	0	0
	IV (n=5)	0	0
Нормальная эякуляторная функция (n=83)	II (n=32)	3	9.3
	IIIА (n=20)	2	10
	IIIБ (n=21)	1	4.7
	IV (n=10)	0	0

Вне зависимости наличия преждевременной эякуляции среди больных с эндоско-

пическими признаками колликулита отмечена тенденция к преобладанию пациентов с воспалительными симптоматическими формами хронического простатита (II и IIIА). В целом частота выявленной гипертрофии семенного холмика у исследуемых с вторичной преждевременной эякуляцией на фоне хронического воспаления простаты и без таковой составляет 6.3 и 13.2% соответственно. Относительный риск возникновения приобретенного раннего семяизвержения на фоне колликулита статистически незначим (OR=0.915; p=0.136). Диагностическая чувствительность, специфичность и точность уретроскопии в отношении выявления вторичной преждевременной эякуляции составляет 3.8, 92.8 и 49.4% соответственно.

Обсуждение

Проведенное исследование впервые позволило доказать малую встречаемость гипертрофии семенного бугорка среди больных хроническим простатитом разных категорий. Выявленная распространенность основного эндоскопического признака колликулита среди больных воспалительными формами заболевания (II и IIIА) указывает на логичную взаимосвязь между воспалением задней уретры и предстательной железы, морфофункционально представляющих собой один орган [7]. В то же время, проведенное исследование впервые позволило доказательно говорить о том, что приобретенная преждевременная эякуляция никак не связана с изменениями в семенном бугорке. В связи с вышесказанным выполнение малочувствительного и относительно неточного, но инвазивного эндоскопического осмотра задней уретры при выяснении причин вторичного ускоренного семяизвержения у больных хроническим простатитом нельзя считать целесообразным.

Заключение

Редко встречаемые воспалительные изменения семенного бугорка взаимосвязаны с хроническим простатитом, но не увеличивают риск развития приобретенной преждевременной эякуляции. Ввиду малой диагностической ценности и инвазивности выполнение задней уретроскопии нельзя рекомендовать при обследовании больных вторичным ускоренным семяизвержением, возникшим на фоне хронического воспаления предстательной железы.

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, Заслуженный деятель науки РФ.

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-