



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2009
УДК 616.69-008.1-08:616.69-089-77

Фаллоэндопротезирование в комплексном восстановительном лечении раненых и больных с эректильными дисфункциями

МЯГКОВ Ю.А., кандидат медицинских наук, полковник медицинской службы¹
ИВАНОВ В.Н., заслуженный врач РФ, профессор, генерал-майор медицинской службы в отставке²
АПЛЕТАЕВ В.В., подполковник медицинской службы в отставке¹
АБЛИЗИНА Л.М.¹

¹ 6-й Центральный военный клинический госпиталь, Москва; ² Факультет военного обучения Московской медицинской академии им. И.М.Сеченова, Москва

Myagkov Yu.A., Ivanov V.N., Apletaev V.V., Ablizina L.M. — Phalloendoprosthesis replacement in complex remedial treatment of wounded and ill persons with erectile disfunctions. Morbidity of erectile disfunction among men of every age is 10%. It's supposed that now-days in the world about 100 mln of men have organic erectile disfunction. Specialist of the 6th MMCH of Ministry of Defense have elaborated a rehabilitation program for military service men with erectile disfunctions. This program includes a complex clinical-psychological checkup, methods of reconstruction of copulative capacity, evaluation of effectiveness of realized treatment. Evaluation of quality of result of phalloendoprosthesis has shown that 92,3% of patients estimate the result as excellent and good, 5,2% — as satisfactory, 2,5% have not sex life.

К е у w o r d s: erectile disfunction, phalloendoprosthesis, reconstructive treatment of wounded persons.

Распространенность эректильной дисфункции (ЭД) у мужчин всех возрастов составляет около 10% [9]. В подавляющем большинстве (в 80–90%) имеет место расстройство эрекции. Поражая молодых людей наиболее трудоспособного возраста (до 50 лет), ЭД приобретает отчетливое социальное значение, т. к. является частой причиной снижения интереса к работе (военной службе), разводов, распада семьи, безотцовщины, психических срывов вплоть до суицидного настроения [1].

При лечении ЭД наибольшим признанием в настоящее время пользуется операция имплантации в кавернозные тела полового члена синтетического материала, в результате чего данный орган приобретает определенную упругость, позволяющую вводить его во влагалище и совершать половой акт [4, 5, 7, 8, 11]. При этом операция не устраняет истинную причину ЭД, но обеспечивает восстановление утраченной эректильной функции.

Материал и методы

В урологическом отделении 6-го Центрального военного клинического госпиталя обследовано за период с 1996 по 2008 г. 832 пациента с ЭД, из них с органическими формами патологии 664 пациента (79,8%), которым выполнено 117 фаллоэндопротезирований современными протезами, с ЭД психогенного генеза — 168 больных (20,2%). Возраст пациентов составил 18–77 лет, средний возраст — 47,5 года.

В госпитале создана реабилитационная программа для военнослужащих с ЭД, которая включает комплексное клинико-психологическое обследование, методы восстановления копулятивной способности, оценку эффективности проведенного реабилитационного лечения. Нами также разработан алгоритм диагностического обследования военнослужащих с ЭД различного генеза, включающий в себя следующие исследования.

1. Сбор жалоб, изучение анамнеза, физикальное обследование, исследование



гормонального статуса (тестостерон, фолликулостимулирующий гормон, лютеинизирующий гормон, пролактин).

2. Андрологическая неинвазивная диагностика:

- а) интракавернозный тест с вазоактивными препаратами (простагландины E);
- б) доплерография полового члена;
- в) измерение ночной пенильной туминесценции *аппаратными программными комплексами* (АПК) «RigiScan Plus», «Андрос».

3. Андрологическая инвазивная диагностика:

- а) кавернозометрия (фармакокавернозометрия);
- б) кавернозография (фармакокавернозография);
- в) фармакофаллоартериография;
- г) биопсия кавернозных тел.

4. Психологическое исследование и сопровождение.

5. Консультация психиатра, психолога, эндокринолога.

Показаниями для фаллоэндопротезирования определены: стойкая органическая форма ЭД (продолжительностью более 6 мес): васкулогенная ЭД, кавернозный фиброз, болезнь Пейрони, неудачные результаты предшествующих операций на половом члене, неэффективность или неприемлемость пациентом вакуумных устройств или интракавернозной терапии, синдром истинного недоразвития полового члена или приобретенного уменьшения полового члена, искусственный половой член, эндокринная импотенция, сахарный диабет, последствия оперативных вмешательств на прямой кишке, предстательной железе, мочевом пузыре, травм и ранений половых органов и таза [2, 4, 7, 10, 11].

Абсолютными противопоказаниями к фаллопротезированию являются наличие психических заболеваний, а также аллергия на материалы, из которых изготовлен фаллопротез (силикон, полиэфирполиуретан) [3, 4, 6, 7].

Нами выполнялись имплантации пластических и надувных протезов. Полученный опыт, а также данные литературы позволяют провести следующую сравнительную характеристику различных типов протезов полового члена.

Полужесткие протезы являются самыми первыми с момента создания и простыми, но наименее удобными имплантатами. Они представляют собой парные эластичные силиконовые стержни, которые приводят половой член в состояние постоянной эрекции, порой затрудняют социальную и сексуальную реабилитацию пациентов и могут создавать предпосылки для развития послеоперационных осложнений [7, 8, 10].

Имплантация пластических протезов также приводит половой член в состояние постоянной эрекции, но основное их отличие и преимущество заключается в пластической памяти, что позволяет сохранять любое положение, придаваемое пенису, который имеет более естественный внешний вид. Пластическую память этому типу фаллопротезов обеспечивает металлическая основа, запаянная в многослойную силиконовую оболочку [3, 7, 8, 11].

Протезы, называемые надувными, имеют переменную жесткость и в настоящее время наиболее совершенны. Феномен переменной жесткости позволяет легко и просто имитировать физиологическое состояние полового члена как в покое, так и при эрекции. К недостаткам этих протезов можно отнести их высокую стоимость, сложность оперативного вмешательства, а также возможность развития технических неисправностей [7, 11]. Наиболее предпочтительными с нашей точки зрения являются двух- и трехкомпонентные фаллопротезы, однако универсального и идеального имплантата в настоящее время не существует.

На выбор протеза влияют определенные факторы (возраст, социальное и материальное положение, размеры полового члена, кавернозный фиброз, сопутствующие заболевания, вид имплантации).

Имплантация протезов является завершающим этапом лечения эректильной дисфункции, а значит, в случае неправильного определения показаний и вследствие неудачного исхода операции применение какого-либо альтернативного метода восстановления половой функции невозможно [3, 7, 11].



Нами проводилась оценка эффективности фаллоэндопротезирования по следующему критерию: индивидуальная оценка пациента, количество и качество половых актов в неделю, наличие осложнений, степень удовлетворенности партнеров, использование данных АПК для оценки качества аксиальной ригидности полового члена у пациентов с надувными протезами.

Результаты и обсуждение

Комплексная восстановительная терапия у раненых и больных позволяет достигнуть удовлетворения качеством половой жизни у 92,3–97,0% мужчин, которым проводилось фаллоэндопротезирование. По отзывам женщин – половых партнеров (проводилось анкетирование и собеседование), сексуальная гармония восстанавливается в 80–90% случаев. Разработанная комплексная терапия способствует восстановлению не только копулятивной, но и фертильной способности (у 9,6% прооперированных военнослужащих после медицинской реабилитации родились дети).

Осложнения составили 16,2%. Серьезными осложнениями (6,0%) считались протезная инфекция, уретрокавернозная фистула, некроз белочной оболочки, эрозия, техническая неисправность надувного протеза. Данные осложнения требуют оперативного вмешательства, часто с заменой фаллоэндопротеза, с рефаллопротезированием с определенным разрывом по времени в 2–3 мес и более.

Таким образом, на каждого 10-го пациента приходилось дополнительное оперативное вмешательство (по поводу протезной инфекции – удаление одной половины фаллопротеза, вследствие некроза белочной оболочки и эрозии – глангулопексия, из-за технической неисправности надувного протеза – замена колпачков фаллопротеза и т. п.).

Оценка качества результатов фаллопротезирования показала, что 92,3% (108) пациентов оценивают результат как отличный и хороший, 5,2% (6) – как удовлетворительный, 2,6% (3) больных половой жизнью не живут (одному пациенту имплантирован надувной 3-компонентный фаллопротез, двум – пластические фаллопротезы).

Восстановление копулятивной способности позитивно сказывается на профессиональной работоспособности. По мнению большинства военнослужащих, у них существенно повысились производительность труда, интерес к жизни в целом и качество жизни. Имеются категории пациентов, которым основным методом лечения ЭД органического характера должно быть фаллопротезирование, фаллопластика с дальнейшим протезированием артифициального полового члена.

Таким образом, имплантационная хирургия полового члена с использованием современных моделей пластических и надувных протезов при адекватно установленных показаниях, надлежащей предоперационной подготовке, послеоперационном лечении в совокупности с психологическим сопровождением позволяет эффективно решать проблему медико-психологической реабилитации пациентов с ЭД органического характера. Перечисленные методы в схеме реабилитационной программы в настоящее время являются основными. По-нашему мнению, врач-хирург не должен навязывать способ лечения. Пациент выбирает его самостоятельно. При этом фаллопротезирование является порой единственно возможным методом сексуальной реабилитации.

Полученные результаты многолетних исследований позволяют определить направления совершенствования системы медицинской реабилитации пациентов с ЭД в Вооруженных Силах. Современный уролог, специалист по лечению ЭД, должен быть в первую очередь хорошо подготовлен в области имплантации различных моделей фаллопротезов и реконструктивной хирургии полового члена. На результат оперативного вмешательства влияют правильный выбор показаний к фаллоэндопротезированию, личный опыт хирурга, наличие специального набора медицинского инструментария и оборудования. В связи с этим операции фаллопротезирования все больше концентрируются в специализированных центрах.



Литература

1. Зильберман М.Н. Фаллоэндопротезирование при расстройствах эрекции // МРЖ. — 1985. — Разд. 19, № 5. — С. 20–24.
2. Коган М.И. Диагностика и лечение эректильной импотенции: Дис. ... д-ра мед. наук. — М., 1986. — 480 с.
3. Коган М.И. Эректильная дисфункция. — Ростов-на-Дону, 2005. — 336 с.
4. Красулин В.В., Серебрянников С.М. Хирургическое лечение эректильной импотенции. — Ростов-на-Дону, 1994. — 96 с.
5. Мазо Е.Б., Дмитриев Д.Г., Гамидов С.И. Эректильная дисфункция после операций на половых органах, травм таза и промежности // Материалы IX Всерос. съезда урологов (Курск, 1997). — М., 1997. — С. 469–470.
6. Михайличенко В.В., Фисенко В.Н., Калинина С.Н., Кореньков Д.Г. Оперативное

лечение эректильной дисфункции. — М.; СПб, 1995. — 19 с.

7. Щеплев П.А. Реконструктивная и эстетическая хирургия полового члена: Дис. ... д-ра мед. наук. — М, 1996. — 235 с.

8. Salama N. Satisfaction with the malleable penile prosthesis among couples from the Middle East—is it different from that reported elsewhere? // Int. J. Impot. Res. — 2004. — Apr 16 (2). — P. — 175–180.

9. Seftel A.D. Erectile dysfunction in the elderly: epidemiology, etiology and approaches to treatment // J. Urol. — 2003. — Vol. 169, N 6. — P. 1999–2007.

10. Small M.P. Small-Carrion penile prosthesis: a report on 160 cases and review of the literature // J. Urol. — 1978. — Vol. 119, N 3. — P. 365–368.

11. Wilson S.K., Delk J.R. Impotence (it's reversible). — Van Buren, 1995. — 80 p.

© С.А.БЕЛЯКИН, 2009
УДК 616.36-02:547.24

Профилактика алкогольной болезни печени

БЕЛЯКИН С.А., заслуженный врач РФ, доцент, полковник медицинской службы

3-й Центральный военный клинический госпиталь им. А.А.Вишневого, г. Красногорск, Московская область

Belyakin S.A. — Prophylaxis of alcoholic disease of the liver. Military doctors should have a uniform position to the use of alcohol. Now alcohol is the basic pathogenic factor in development of a lethal cirrhosis of a liver. The most known sayings justifying the use of alcohol, are insolvent. Useful doses of alcohol does not exist. The quantity of used alcohol has the great value. Only at achievement of age 21 year it is possible to use safe doses of alcohol. A safe dose of pure alcohol (ethanol) less than 30,0 in day. In a basis of prophylaxis of a cirrhosis of a liver there is a medical educational activity.

Key words: alcohol, a cirrhosis of a liver, prophylaxis.

Алкогольная ситуация в России за последние годы стала чрезвычайной. Российская Федерация ежегодно теряет до 500 тыс. трудоспособных граждан от причин, связанных с алкоголем [3]. Цирроз печени — одно из самых известных последствий для здоровья человека, обусловленных злоупотреблением алкоголя. Основной причиной возникновения смертельного цирроза печени у военнослужащих является употребление алкоголя [1, 2, 4, 5]. В течение 60 лет в ГВКГ им. Н.Н.Бурденко число ежегодно поступающих больных алкогольным циррозом печени увеличилось в 8 раз [5]. Более 70% циррозов печени с летальным исходом в трудоспособном возрасте в 3 ЦВКГ им. А.А.Вишневого имели

алкогольную этиологию [1, 2, 4]. Средняя продолжительность жизни у пациентов с алкогольным циррозом печени составляет 55 ± 10 лет [1, 2, 6]. Эти данные отчетливо отражают недостаточный уровень профилактической работы военных врачей.

В указанных обстоятельствах крайне важна правильная позиция врача по отношению к хронической алкогольной интоксикации. Но в проблеме «алкоголь и человеческий организм» необычно контрастно выступают различия в понимании проблемы алкогольной болезни печени разными врачами. По отношению к употреблению алкоголя врачи, к сожалению, не выступают с единых позиций, а делятся на несколько групп.