

В большинстве регионов РФ в остром периоде после получения позвоночно-спинномозговой травмы пациента наблюдают нейрохирург и невролог без привлечения профильных специалистов для коррекции нарушений мочеиспускания. После стабилизации состояния пациент из стационара направляется под наблюдение специалистов по месту жительства, в некоторых регионах РФ уже организована этапная реабилитационная помощь, включая раннюю реабилитацию. Если пациент в ранний восстановительный период попадает в реабилитационный центр, то прогноз значительно улучшается.

При нарушении эвакуаторной функции мочевого пузыря метод отведения мочи должен быть определен в ранний период после стабилизации состояния пациента. Методом выбора коррекции нарушений мочевого пузыря по типу задержки мочи является периодическая катетеризация мочевого пузыря. При невозможности использования данного метода назначают альтернативные методы отведения мочи — уретральный или супрапубикальный катетеры. Специалисты, наблюдающие пациента, перенесшего позвоночно-спинномозговую травму, должны реализовывать тактику раннего ухода от постоянных мочевых дренажей.

Диагностические процедуры и подход к оценке функции нижних мочевыводящих путей зависят от тяжести общего состояния пациента, стабилизации жизненно важных функций и возможности осуществления контакта с ним. Следует избегать методов диагностики, не влияющих на построение

тактики коррекции нейрогенных нарушений мочеиспускания.

Проведение общего анализа мочи, бактериологического анализа средней порции мочи с определением чувствительности микрофлоры к антибиотикам, определение уровня азотистых шлаков крови по биохимическому анализу крови, заполнение дневников мочеиспускания (2–5 суток), оценка остаточной мочи по данным ультразвукового исследования или при катетеризации мочевого пузыря после мочеиспускания, оценка эпизодов недержания, визуализация мочевыводящих путей любым доступным методом требуются каждому пациенту с нейрогенной дисфункцией нижних мочевыводящих путей. При наличии технической возможности пациенты с позвоночно-спинномозговой травмой нуждаются в комплексном уродинамическом исследовании для определения вида нарушений функции нижних мочевыводящих путей и выбора адекватных методов коррекции выявленных нарушений.

С учетом высокой частоты встречаемости нарушений мочеиспускания, а также необходимости ранней адекватной коррекции нарушений функции тазовых органов на фоне позвоночно-спинномозговой травмы необходимо комплексное обследование и выбор тактики лечения нейрогенной дисфункции нижних мочевыводящих путей в раннем восстановительном периоде. Такая тактика позволяет предотвратить развитие вторичных осложнений у пациентов с посттравматической миелопатией и улучшить общий реабилитационный прогноз.

ОЦЕНКА СЕКСУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ МУЖЧИН С ПЕРЕЛОМом ПОЛОВОГО ЧЛЕНА, ПОДВЕРГНУТЫХ ОПЕРАТИВНОМУ ВМЕШАТЕЛЬСТВУ

© Д.Б. Тулаганов¹, Б.М. Исматов¹, Г.У. Убайдуллаев¹, У.А. Мамадиев¹, Ш.О. Туйчиев¹, Я.С. Наджимитдинов²

¹ Джизакский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи (Джизак, Узбекистан);

² Ташкентская медицинская академия (Ташкент, Узбекистан)

Перелом полового члена на протяжении многих лет считали необычайно редкой травмой, однако на сегодняшний день, по данным мировой литературы, известно о более чем 2500 подобных случаях. Травма происходит во время полового акта при резком сгибании эрегированного полового члена. Ранее пациентов с подобного рода травмами урологи старались лечить консервативными методами. Однако такой подход сопровождался большой частотой осложнений, таких как искривление полового члена

или эректильная дисфункция, которая развивалась у 50 % мужчин с переломом полового члена.

Цель исследования — оценить сексуальную функцию мужчин с переломом полового члена, которым выполнено экстренное оперативное вмешательство.

Материалы и методы. За период с 2012 по 2017 г. выполнено оперативное вмешательство 15 мужчинам с переломом полового члена, случившимся вследствие полового контакта. Поврежде-

ние полового члена во время интравагинального коитуса произошло в 14 (93,4 %) случаях, тогда как во время анального секса только у одного больного. Средний возраст пациентов составил $24,6 \pm 4,6$ года (диапазон от 20 до 28 лет). Следует отметить, что все пациенты обратились в лечебное учреждение самостоятельно, причем не ранее чем через 5–6 часов после травмы. Средний промежуток времени от момента травмы до оперативного вмешательства составил $8,8 \pm 1,6$ часа. При поступлении мужчин в стационар ни в одном случае не было нарушения мочеиспускания. Дефект белочной оболочки ушивали, используя рассасывающийся шовный материал (викрил). После оперативного вмешательства устанавливали уретральный катетер, который удаляли через 5–6 дней после операции. Повреждение уретры не было ни в одном случае. Повторный осмотр мужчин произведен в среднем через 6 месяцев после оперативного вмешательства.

Результаты. При обследовании ни у одного мужчины не было проявлений инфекции мочевого тракта. Сексуальную функцию и удовлетворенность половой жизнью оценивали с помощью опросника International index of erectile function (IIEF-15), который состоит из 15 пунктов. Следует указать, что сотрудничать с врачом после операции согласились и явились для обследования в условиях медицинского учреждения 9 (60 %) мужчин, которые были подвергнуты оперативному вмешательству и которым было направлено приглашение для посещения врача. Однако 6 (40 %) оперированных пациентов пожелали ответить на

вопросы опросника по телефону. Все пациенты были в состоянии совершать полноценное половое сношение. Общий средний балл в результате опроса по шкале IIEF-15 составил $66,8 \pm 8,9$ (диапазон от 56 до 70 баллов). При этом у всех пациентов была удовлетворенность эрекцией (средняя сумма баллов составила $27,6 \pm 3,7$). Незначительное искривление полового члена выявлено у 3 (20 %) мужчин, однако подобное обстоятельство не создавало препятствий для осуществления полового акта. Следует отметить, что у всех пациентов было ощущение оргазма и сохранилась эякуляция. Беременность на момент завершения исследования была у 5 женщин, состоящих в браке с обследованными мужчинами. Удовлетворенность половой жизнью была умеренной в 3 (25 %) случаях (пациенты с искривлением полового члена) и очень хорошей у остальных пациентов (средняя сумма баллов составила $8,4 \pm 0,6$). Однако больные с искривлением полового члена не дали согласия на оперативное вмешательство с целью коррекции.

Заключение. Таким образом, экстренное оперативное вмешательство при переломе полового члена, выполненное в короткие сроки после получения травмы, позволяет предотвратить эректильную дисфункцию. Искривление полового члена после перенесенной травмы не влияет на качество сексуальной жизни мужчин. Однако нами проведено исследование на небольшом количестве пациентов, поэтому необходимо продолжить изучение последствий травмы полового члена с учетом большого количества случаев.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ БОТУЛОТОКСИНА ТИПА А ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ДИСФУНКЦИЕЙ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

© *Т.В. Улитко, М.С. Желтоухов, Р.Э. Амдий*

ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава РФ (Санкт-Петербург)

Введение. Дисфункция мочевого пузыря может быть следствием нарушений со стороны центральной нервной системы, мочевых органов и приобретенных заболеваний. По данным литературы, дисфункция мочевого пузыря встречается у 17 % населения и может приводить к хронической болезни почек и значительно снижать качество жизни.

Цель — оценить эффективность внутривезикулярных инъекций ботулотоксина типа А у больных с расстройствами мочеиспускания, резистентных к консервативным методам лечения.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 47 историй болезни пациентов в воз-

расте от 19 до 71 года, получавших лечение ботулотоксином типа А в клинике урологии ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова. У 18 пациентов был установлен диагноз нейрогенной гиперактивности детрузора, у 13 — идиопатической гиперактивности детрузора и у 16 — синдром хронической тазовой боли.

Результаты. У 41 из 47 (87,2 %) пациентов с дисфункцией мочевого пузыря после проведения ботулинотерапии наблюдался положительный эффект: уменьшение частоты мочеиспускания и интенсивности позывов, снижение давления при непроизвольных сокращениях детрузора и максимального детрузорного давления, увеличение максимальной