

Характеристика копулятивной функции после уретропластики

АГИУВ. Кафедра урологии. г. Алматы

Масасин А.Ю.

УДК 616.643-08.844:611.013.2

Үрпі пластикасынаң кейінгі копулятивті қызметінің сипаттамасы

Үрпінің дисталды бөлімін құру операциясы жасалған науқастарды сұрау кезіндегі нәтижелері бойынша, операция жасалған науқастардық сау адамдардық контрольды тобымен салыстырғанда копулятивті циклдің, негізгі қызметінің төмендеуі байқалды.

Characteristics copulatory functions after plastic urethra

Studies have shown that men who underwent in childhood-plastic reconstructive operations on the stem and cod gipospadi forms are violations of basic functional state links copulatory cycle in comparison with similar indicators of healthy persons. The traditional interpretation of the state copulatory cycle only for erectile component is inadequate assessment of complex multi-copulation mechanism, because a huge role to play psychic and emotional impact of factors that shape interpersonal relations and psychological condition of the patient.

Проблема эректильных расстройств в последнее время привлекает все большее внимание специалистов. Во-первых, качество сексуальной функции является неотъемлемой частью качества жизни, во-вторых, широкой распространенностью эректильной дисфункции (в США почти у 30 млн. мужчин, в России у 7-8 млн.). Между тем сексуальное здоровье пациентов также важно как и их физическое здоровье, т.к. является важным компонентом общего благополучия человека, его социальной активности и качества жизни. Расстройства эрекции являются нередко причиной реактивных состояний, приводят к утрате интереса к жизни и даже суицидальным попыткам, социально дезадаптируют пациента, являются одной из наиболее частых причин распада семьи. Актуальность проблемы связана так же с обращаемостью больных к самым различным специалистам, недоучетом широкими кругами врачей синдрома эректильной дисфункции как первого сигнала нервно-психического, соматического, эндокринного и других заболеваний. В настоящее время помимо андрологов, урологов и сексопатологов лечением эректильной дисфункции занимаются дерматовенерологи, хирурги, психиатры, эндокринологи, невропатологи, терапевты и даже гинекологи [1,2].

Половой член является ключевой структурно-функциональной единицей эректильного звена копуляции. По данным Kaiser (1988), несмотря на то, что эректильная дисфункция - это полиэтиологическое состояние, в 60-80% случаях эректильных расстройств лежат органические причины [3]. Изучение копулятивных расстройств, учитывая их значительную распространенность и мультифакториальность, является особенно актуальным

вопросом характеристики больных из групп риска по урологическим заболеваниям. Одним из этиологических факторов данного состояния могут явиться аномалии развития полового члена и уретры, в частности, гипоспадия. Однако изучению взаимосвязи аномалий развития полового члена и уретры с копулятивной дисфункцией до настоящего времени изучены недостаточно. Единичные публикации зарубежных авторов носят противоречивый характер [4,5]. Кроме того, в процессе формирования таких звеньев копулятивного цикла, как, либидо и оргазм, колоссальную важность приобретает психологический фактор, угнетение которого, в конечном итоге, снижает качество жизни пациента. Установлено, что при этом более чем в 4 раза увеличивается физическая неудовлетворенность, и более чем в 2 раза угнетается эмоциональная составляющая жизни пациента [6].

Целью

данной работы являлось изучение функционального состояния основных звеньев механизма копуляции у пациентов, перенесших в детском возрасте реконструктивно-пластические операции по поводу аномалии развития уретры и полового члена, в сравнении с показателями копулятивного цикла у здоровых лиц, которые не имеют уроандрологического анамнеза.

Материалы и методы

В исследование включены 50 мужчин в возрасте от 18 до 40 лет, которые были подразделены на 2 группы: первая (основная) – 20 мужчин, оперированных в детстве по поводу мошоночной и стволовой форм гипоспадии и вторая (контроль-

ная) группа – 30 мужчин, без аномалий развития полового члена и уретры, и не подвергавшиеся ранее оперативной коррекции. Состояние основных звеньев копулятивного цикла оценивали по разработанной нами многокомпонентной анкете. Также был использован международный вопросник по половому здоровью (МИЭФ-5), где проведена изолированная оценка только эректильных нарушений, суммарный балл которых сравнивали с полученной комплексной картиной состояния копулятивного механизма.

Результаты и обсуждение

Первый этап исследования включал проведение анкетирования по шкале международного вопросника по половому здоровью (МИЭФ-5). Умеренно выраженная эректильная дисфункция в контрольной и основной группах выявлена у 2 пациентов (6,7% и 10% соответственно). Легкая степень эректильных нарушений наблюдалась в контрольной и в основной группах у 4 пациентов (13,3% и 20% соответственно). У 24 (80%) мужчин контрольной группы и 14 (70%) мужчин основной группы отсутствовали эректильные нарушения.

Как видим, шкала МИЭФ-5 дает однобокую трактовку функционального состояния половой функции, освещая лишь эректильное и частично оргиастическое звенья многокомпонентного механизма копуляции. В то же время, нарушение в любом из звеньев копулятивного цикла, может исключить сам половой акт, как таковой. Следовательно, возможность получения достоверных результатов анализа половой функции только по эректильной составляющей, является проблематичной. В связи с этим проведен анализ результатов анкетирования мужчин по разработанной нами многокомпонентной анкете. В анкете проведено дифференцирование копулятивного цикла по составляющим:

- 1) половое влечение (либидо)
- 2) напряжение и длительность эрекции
- 3) сила и время наступления эякуляции
- 4) характеристика оргазма по выраженности ощущений.

Полученные данные свидетельствуют о нарушениях каждого звена копуляции у пациентов основной группы.

Выраженность полового влечения у мужчин контрольной группы оказалось низкой у 1 (3,3%), средней – у 2 (6,7%), высокой – у 7 (23,3%) и очень высокой – у 20 (66,7%) респондентов. В основной группе мужчин низкий показатель либидо был выявлен у 2 (10%), средний – у 5 (25%), высокий у 5 (25%) и очень высокий у 8 (40%). Таким образом, установлено снижение выраженности полового влечения у мужчин контрольной группы в сравнении с аналогичными показателями здоровых мужчин. Низкие показатели либидо в основной группе на 6,7% больше, а высокие

значения полового влечения на 26,7% меньше, чем в контрольной группе мужчин.

Изучение показателя продолжительности эрекции показало сохранение эрекции в течение всего полового акта у лиц контрольной группы в 86,7% (26) случаях, в основной группе – в 80% (16). Сохранение эрекции в течении 1-2 минут и больше в основной группе наблюдалось у 3 (15%) респондентов, в то время как в контрольной группе у 3 (10%) мужчин. Преждевременная эякуляция наблюдалась у 1 (5%) пациентов основной группы и у 1 (3,3%) мужчин контрольной группы.

Изучение напряжения полового члена у мужчин контрольной группы показало наличие полноценной эрекции в 90% случаях, в то время как у основной группы – в 65%. Ряд пациентов предъявляли жалобы на неполное напряжение полового члена, в то же время введение удаётся без труда. Из контрольной группы патология зафиксирована у 3 (10%), а в основной у 5 (15%). Также в основной группе 1 (5%) пациент нуждался в ручном пособии для интромиссии, ригидность полового члена была недостаточной.

Анализ вышеперечисленных характеристик установил наличие нарушений в продолжительности эрекции и напряжении полового члена у мужчин основной группы.

Принимая во внимание факт оперативного вмешательства в анатомическую геометрию мочеиспускательного канала можно предположить изменение объемной скорости не только мочи, но и спермы, что нашло свое подтверждение в результатах субъективной оценки активности эякуляции. В исследуемых группах сохранение активной эякуляции составляло 27 (90%) и 15 (75%) соответственно. Вялая эякуляция с «выдавливанием» спермы наблюдались у 5 (25%) пациентов основной группы и 3 (10%) респондентов контрольной группы. Отсутствие эякуляции не зарегистрировано ни у одного мужчины исследуемых групп.

По материалам представленной таблицы четко прослеживается взаимосвязь вялого семяизвержения с оперативной коррекцией гипоспадии, что связано с особенностями строения мочеиспускательного канала после пластики (изменение диаметра, эластичности стенки и длины канала).

Результаты анкетирования респондентов показали нарушение динамики формирования эякуляторного акта в виде преждевременной эякуляции у 7 (35%) лиц основной группы, в отличие от 5 (16,6%) мужчин контрольной группы. Более чем двукратное преобладание раннего семяизвержения у мужчин основной группы свидетельствует о возможно имеющемся дисбалансе процесса формирования очага возбуждения в коре головного мозга и периферическими нейроструктурами.

При оценке характера сексуальных ощущений

полное половое удовлетворение подтвердили 28(93,4%) респондентов контрольной группы, в основной группе данный показатель составил 15(75%). Характеристика последнего по порядку, но не по значению звена копулятивного цикла, как оргазм, показала притупление остроты половых ощущений на 18,4% больше у мужчин основной группы, нежели чем у мужчин контрольной группы.

Выводы

Проведенные исследования показали, что мужчины, перенесшие в детском возрасте реконструктивно-пластические операции по поводу

стволовой и мошоночной форм гипоспадии, имеют нарушения функционального состояния основных звеньев копулятивного цикла в сравнении с аналогичными показателями здоровых лиц. В подавляющем большинстве случаев эректильной дисфункции являются отражением более двух причинных факторов, взаимно усугубляющих течение заболевания. Традиционная трактовка состояния копулятивного цикла лишь по эректильной составляющей является неадекватной оценкой сложного многокомпонентного механизма копуляции, т.к. огромная роль отводится влиянию психоэмоциональных факторов, формирующих межличностные отношения и психологическое состояние пациента.

Литература

1. Ковалев В.А. Диагностика и лечение эректильной дисфункции // Автореф. дис....д-ра мед.наук. Москва, 2001 - С. 32.
2. Михайличенко В.В. Патогенез, клиника, диагностика и лечение копулятивных и репродуктивных расстройств у мужчин: Автореф. дис....д-ра мед.наук. -С.-Петербург, 1996 -С.34.

3. Kaiser F., Viosca S. Impotence and aging clinical and hormonal factors // J.Amer. Geriatr. Soc. - 1988 - Vol.36. - p.511-518.
4. Тиктинский О.Л., Новиков И.Ф. Заболевания половых органов у мужчин. - Л., 1986.-С.98.
5. Коган М.И., Селезнев Г.Г., Абоян И.А. \ Актуальные проблемы андрологии. Ростов-на-Дону, 1986.-С.74-80.
6. Юнда И.Ф. Болезни мужских половых органов. - Киев. 1984.-С.128.