

АЛГОРИТМ ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ЭЯКУЛЯЦИИ

Ибраhem Алхулі, клінічний ординатор

Научный руководитель – к.мед.н., доц. Сикора В.В.

СумГУ, кафедра ортопедии, травматологии и НС

Синдром преждевременной эякуляции (СПЭ) – стойкое наступление оргазма и эякуляции у мужчины до наступления оргазма у женщины достаточно частое заболевание, которым страдает от 25 до 40% мужчин по данным разных авторов. Несмотря на эволюционную роль СПЭ, сейчас указанный недуг является самой частой физиологической причиной разводов (до 50%), опережая даже эректильную дисфункцию. Существуют несколько методов лечения СПЭ: местно анестезирующие препараты, поведенческие (позы, предварительные ласки женщины, метод Мастерса-Джонсона), применение неврологических препаратов (преимущественно ингибиторов обратного захвата серотонина (ИОЗС)), хирургическая коррекция (френикулотомия, циркумцизио ,селектив-наянейротомия). Тем не менее, выбор метода лечения достаточно сложен, обычно доктора двигаются от простого к сложному: местно анестезирующие препараты –ИОЗС- хирургическая коррекция. Зачастую отсутствие эффекта от проводимого лечения СПЭ вынуждает пациента бросить лечение.

Целью исследования стало выработка алгоритма лечения СПЭ.

Материалы и методы. На базе урологического отделения КУ СГКБ №1 проведено комплексное обследование и лечение 74 пациентов, страдающих СПЭ. Пациентам было проведено сбор сексуального анамнеза, обследованы напредмет местной патологии повышающей чувствительность головки (баланопостит, короткая уздечка), проведена оценка вегетативной функции по специальной шкале, оценка психоневрологического состояния по шкале Гамильтона, произведено УЗИ органов мочеполовой системы, сделаны анализы на инфекции передающиеся половым путем (ИППП). Результаты и методы. Согласно превалирующему фактору СПЭ было произведено соответствующее лечение в группах со следующей эффективностью (% пациентов удовлетворенных половой жизнью после лечения):

При наличии инфекционно-воспалительных процессов головки и простато-везикулярного комплекса- лечение данных инфекций – из 28 пациентов 25 отметили улучшение половой функции(89%).

При легкой степени СПЭ без инфекций и неврологических проблем-местно-анестезирующая и поведенческая терапия – из 11 пациентов 9 отметили улучшение(81%).

При наличии вегетативной и/или психоневрологической дисфункции (определяется присуммарной оценке более 50 баллов по вегетативной шкале и более 30 баллов по шкале Гамильтона)-использование ИОЗС на срок 4-8 месяцев -18 из 21пациентов отметили улучшение(85,7%).

При средней и тяжелой степенях СПЭ без неврологических факторов и безуспешности поведенческой терапии рекомендовано раннее хирургическое лечение. Из 14 пациентов, подвергшимся оперативному лечению (2 френикулотомии), 2 циркумцизио и 10 селективных нейротомий), лишь один пациент жаловался на почти полное отсутствие чувствительности головки – остальные 13 пациентов (92%) отметили существенное удлинение времени до эякуляции и улучшение половой функции.

Выводы. Использование указанного диагностического алгоритма позволяет добиваться высоких результатов лечения (81-92%) лечения СПЭ.

Ключевые слова: синдром преждевременной эякуляции, анестетики, половая функция, шкала Гамильтона, ИОЗС, селективная нейротомия.