

УДК 616'.353-001+62-007.271+008.1+073.97 (575.2) (04)

ЭЛЕКТРОМИОГРАФИЯ БУЛЬБОКАВЕРНОЗНОЙ МЫШЦЫ У ПАЦИЕНТОВ С ТРАВМОЙ ПРОМЕЖНОСТИ

А.М. Мадаминов – докт. мед. наук, профессор,

А.Ч. Усунбаев – докт. мед. наук, профессор,

М.К. Султаналиев – аспирант

Last decades in connection with growth of an industrial and sports traumatism value of a erectile dysfunctions (ED) problem increases at the patients who have transferred a blunt perineum trauma.

Эректильная дисфункция – крайне распространенная медицинская проблема, но, к сожалению, мало изученная у больных, имеющих в анамнезе тупую травму промежности. В связи с ростом производственного и спортивного травматизма возрастает значение проблемы эректильной дисфункции (ЭД) у больных, перенесших тупую травму промежности. Многие вопросы развития ЭД и по сей день остаются недостаточно изученными, что значительно затрудняет выбор ее лечения и профилактики. Не маловажным является то обстоятельство, что практически всегда к проблемам эрекции, обусловленным органическими причинами, добавляется психологический компонент, который после устранения первопричины может выходить на первое место.

Мнения специалистов о патогенетических механизмах развития ЭД после тупой травмы промежности и операций на органах малого таза противоречивы: выдвигают психогенные, сосудистые и нейрогенные механизмы [1].

Последовательность структурных изменений после тупой травмы промежности и динамика их развития не нашли адекватного освещения в современной литературе. Практически отсутствуют объективные критерии оценки диагностики нейрогенной ЭД. В связи с этим остается открытым вопрос раннего выявления, патогенетического лечения и возможной профилактики ЭД, связанной с тупой

травмой промежности. Для изучения ее роли в патогенезе нейрогенных нарушений ЭД проводили нейрофизиологические исследования путем электромиографии (ЭМГ) мышц промежности [2]. Сформировавшиеся вследствие травмы уретры парауретральные фиброзные рубцы вызывают сдавление кавернозного нерва, интимно лежащего на мембранозной части уретры, что приводит к частичному нарушению пенильной иннервации [1, 3].

На основании отмеченного выше, считаем, что необходимо дальнейшее изучение проблемы ЭД у больных после тупой травмы промежности.

Материал и методы. Исследование основано на результатах анкетирования и электромиографических исследований 72 пациентов, находившихся на лечении в Республиканском научном центре урологии и андрологии при Национальном госпитале МЗ КР с 2003 по 2007 гг. Все пациенты госпитализированы с диагнозом стриктура заднего отдела уретры, этиологическим фактором которого явилась тупая травма промежности. Из 72 пациентов после предварительных результатов анкетирования и обследования 46 (63,9%) подверглись оперативному вмешательству по поводу стриктуры уретры, оставшиеся 26 (36,1%) пациентов пролечены консервативно.

Клиническое обследование включало анализ жалоб и сексуального анамнеза, степень выраженности эректильной дисфункции (МИЭФ-5), измерение бульбокавернозного рефлекса, определение латентного периода бульбокавернозного рефлекса.

Общеклинические методы: тщательный сбор анамнеза и жалоб, уделяли большое внимание в выявлении таких заболеваний, как сахарный диабет, алкоголизм, полинейропатии различного генеза, травмы спинного мозга. Больные, имеющие сопутствующие заболевания в виде вышеуказанных нозологий, исключались и не входили в группу исследуемых пациентов.

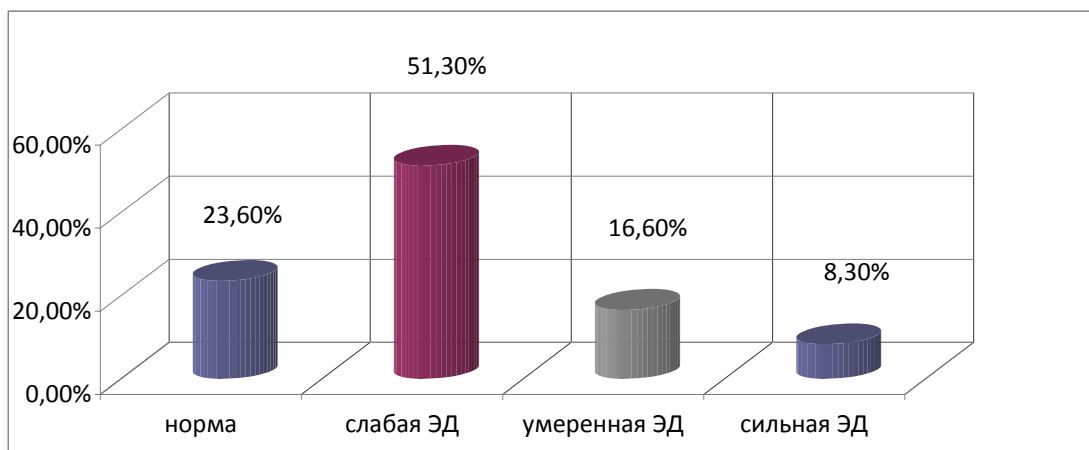
Для оценки степени выраженности симптомов ЭД использовали опросник МИЭФ-5. Анкета из 5 вопросов по степени выраженности симптомов ЭД была разработана на основании данных обширных исследований и накопления большого клинического опыта, включая публикации последних лет, касающихся различных, хорошо себя зарекомендовавших анкет для оценки сексуальной функции. Пять пунктов данной шкалы характеризуют способность пациента достигать и поддерживать эрекцию. Каждый пункт доказал высокую надежность при повторных тестированиях и прошел лингвистическую адаптацию более чем на 30 языках. Вопросы были выбраны из анкеты Международного Индекса Эректильной Функции, состоящей из 15 пунктов и созданной для оценки мужской половой функции в клинических ис-

следованиях по данной проблеме. Для определения степени выраженности ЭД по пяти пунктам анкеты подсчитывается суммарный балл (суммировав номера выбранных ответов (максимально возможный балл = 25)). Классификация по степени выраженности ЭД: суммарный балл 5–10 (значительная); 11–15 (умеренная), 16–20 (легкая); 21–25 (норма).

Обсуждение результатов. Анкетирование пациентов показало наличие эректильных расстройств у больных, перенесших тупую травму промежности (см. рисунок). Слабая ЭД отмечена у 37 (51,3%) пациентов, умеренная – у 12 (16,6%), сильная – у 6 (8,3%) и только у 17 (23,6%) – нормальная эрекция.

На основании данных ЭМГ-исследования, выяснилось, что у 27 (37,5%) больных существенно снижалось БКР и удлинение времени ЛП БКР до 44,2 мс, тогда как верхняя граница нормы ЛП БКР равна 41 мс. У оставшихся 45 (62,5%) пациентов показатели ЭМГ-исследования были в пределах нормы.

Учитывая развитие грубых рубцов в результате полученной травмы, которая впоследствии может привести к образованию стриктур уретры и ЭД, данная категория больных не должна оставаться без внимания специалистов. МИЭФ-5 и ЭМГ могут помочь практикующему врачу или исследователю стандартизировано и с минимальными материальными затратами получить соответствующие клинические данные.



Степень выраженности эректильной дисфункции.

Результаты исследований свидетельствуют об органическом характере ЭД у больных, перенесших тупую травму промежности. В Генезе ЭД также отмечено поражение иннервации в области промежности, а в частности, бульбокавернозных мышц, которые имеют значение в поддержании интракавернозного давления полового члена.

Таким образом, тупая травма промежности является одной из причин образования ЭД нейрогенного генеза, о чем свидетельствуют данные ЭМГ-исследований. В свою очередь опросник МИЭФ-5 является неинвазивным, недорогим методом оценки выраженности ЭД. Особенно большую роль опросник играет при оценке эффективности лечения ЭД, что важно

как для врача, так и для больного, который по количеству баллов может оценить свое состояние до и после лечения.

Литература

1. Жумабеков М.Г. Эректильные дисфункции у пациентов со стриктурами уретры // Современные проблемы теоретической и клинической медицины. – Алматы, 2002. – 284 с.
2. Нейрофизиологическая диагностика эректильной дисфункции: Метод. рекомендации / Сост. М.И. Коган, П.В. Шорников и др. – Ростов-на-Дону, 2002. – 36 с.
3. Кудрявцев Л.А. Импотенция при травматических стриктурах уретры // Урология и нефрология. – 1996. – №1. – С. 44–47.