

РостГМУ

UROVEST.RU



ISSN 2308-6424

ВЕСТНИК | **СЕТЕВОЕ** **УРОЛОГИИ** | **ИЗДАНИЕ**

- ✦ *общая урология*
- ✦ *онкоурология*
- ✦ *андрология*
- ✦ *женская урология*
- ✦ *детская урология*
- ✦ *эндоскопическая и лапароскопическая урология*
- ✦ *визуализация в урологии*
- ✦ *анестезиология в урологии*
- ✦ *трансплантология*
- ✦ *урологическое образование*



2014, №4



УЧРЕДИТЕЛЬ

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

2014, №4
UROVEST.RU

ВЕСТНИК УРОЛОГИИ | СЕТЕВОЕ ИЗДАНИЕ

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

д.м.н., проф.
заслуженный деятель науки РФ
Коган М.И.

ЗАМЕСТИТЕЛИ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

д.м.н., проф. **Красулин В.В.**
к.м.н., доцент **Белоусов И.И.**
к.м.н., доцент **Гусев А.А.**

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

д.м.н., проф. **Батюшин М.М.** (Ростов-на-Дону)
к.м.н. **Васильев О.Н.** (Ростов-на-Дону)
д.м.н., проф. **Волкова Н.И.** (Ростов-на-Дону)
к.м.н. **Глухов В.П.** (Ростов-на-Дону)
д.м.н., проф. **Домбровский В.И.** (Ростов-на-Дону)
д.м.н., доцент **Дударев И.В.** (Ростов-на-Дону)
д.м.н., проф. **Женило В.М.** (Ростов-на-Дону)
д.м.н. **Ибишев Х.С.** (Ростов-на-Дону)
д.м.н., проф. **Мационис А.Э.** (Ростов-на-Дону)
д.м.н., проф. **Медведев В.Л.** (Краснодар)
д.м.н., проф. **Микашинович З.И.** (Ростов-на-Дону)
д.м.н. **Митусов В.В.** (Ростов-на-Дону)
д.м.н., доцент **Набока Ю.Л.** (Ростов-на-Дону)
к.м.н., доцент **Пасечник Д.Г.** (Ростов-на-Дону)
к.м.н. **Перепечай В.А.** (Ростов-на-Дону)
д.м.н. **Сизонов В.В.** (Ростов-на-Дону)
д.м.н., проф. **Сизякин Д.В.** (Ростов-на-Дону)
д.м.н., проф. **Татьянченко В.К.** (Ростов-на-Дону)
д.м.н., проф. **Ушакова Н.Д.** (Ростов-на-Дону)
к.б.н. **Чернозубова Е.А.** (Ростов-на-Дону)
к.м.н. **Чибичян М.Б.** (Ростов-на-Дону)
д.м.н., проф. **Шевченко А.Н.** (Ростов-на-Дону)
д.м.н. **Шестопалов А.В.** (Ростов-на-Дону)
д.м.н., проф. **Шлык С.В.** (Ростов-на-Дону)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

д.м.н., проф. **Алексеев Б.А.** (Москва)
д.м.н., проф. **Аль-Шукри С.Х.** (Санкт-Петербург)
член-корр. РАМН, д.м.н., проф. **Аляев Ю.Г.** (Москва)
д.м.н., проф. **Адамян Р.Т.** (Москва)
д.м.н., проф. **Базаев В.В.** (Москва)
к.м.н., проф. **Блюмберг Б.И.** (Саратов)
д.м.н., проф. **Божedomов В.А.** (Москва)
д.м.н., проф. **Борисов В.В.** (Москва)
д.м.н., проф. **Братчиков О.И.** (Курск)
д.м.н., проф. **Винаров А.З.** (Москва)
д.м.н., проф. **Гудков А.В.** (Томск)
д.м.н., проф. **Даренков С.П.** (Москва)
д.м.н., проф. **Дутов В.В.** (Москва)
д.м.н., проф. **Журавлев В.Н.** (Екатеринбург)
д.м.н., проф. **Зоркин С.Н.** (Москва)
д.м.н., проф. **Казанская И.В.** (Москва)
член-корр. РАМН, д.м.н., проф. **Каприн А.Д.** (Москва)
д.м.н., проф. **Комяков Б.К.** (Санкт-Петербург)
д.м.н., проф. **Кривобородов Г.Г.** (Москва)
д.м.н., проф. **Яненко Э.К.** (Москва)
д.м.н., проф. **Крупин В.Н.** (Нижний Новгород)
д.м.н., проф. **Кудрявцев Ю.В.** (Москва)
д.м.н., проф. **Кузьменко В.В.** (Воронеж)
д.м.н., проф. **Кульчавеня Е.В.** (Новосибирск)
д.м.н., проф. **Курбатов Д.Г.** (Москва)
член-корр. РАМН, д.м.н., проф. **Лоран О.Б.** (Москва)
д.м.н., проф. **Мартов А.Г.** (Москва)
д.м.н., проф. **Матвеев В.Б.** (Москва)
д.м.н., проф. **Неймарк А.И.** (Барнаул)
д.м.н., проф. **Окулов А.Б.** (Москва)
д.м.н., проф. **Павлов А.Ю.** (Москва)
д.м.н., проф. **Павлов В.Н.** (Уфа)
д.м.н., проф. **Перлин Д.В.** (Волгоград)
д.м.н., проф. **Петров С.Б.** (Санкт-Петербург)
д.м.н., проф. **Попков В.М.** (Саратов)
д.м.н., проф. **Пушкарь Д.Ю.** (Москва)
д.м.н., проф. **Русаков И.Г.** (Москва)
д.м.н., проф. **Ситдыкова М.Э.** (Казань)
д.м.н., проф. **Тарусин Д.И.** (Москва)

Адрес редакции: 344022, Ростов-на-Дону, пер.Нахичеванский 29, РостГМУ, кафедра урологии

Адрес в сети интернет:
urovest.ru

Статьи направлять по электронному адресу:
urovest@mail.ru

Свидетельство о регистрации:
Эл №ФС77-53256 от 22.03.2013
Выдано Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (Роскомнадзор)

Технический директор:
Гусев А.А.

ISSN 2308-6424

Воспроизведение любой части настоящего издания в любой форме без разрешения редакции запрещено

Мнение редакции может не совпадать с точкой зрения авторов публикуемых материалов

СОДЕРЖАНИЕ

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

- Возианов С.А., Сабдаш М.Е., Бондаренко Ю.М., Шуляк А.В.**
Собственный опыт оперативного лечения закрытой травмы почки **3**
-
- Бердичевский В.Б.**
Дисфункция нижних мочевых путей у пациентов с хроническим пиелонефритом **13**
-
- Щедров Д.Н., Медведев Н.А.**
Острые заболевания органов мошонки у новорожденных **25**
-
- Стрельцова О.С., Крупин В.Н.**
Иммунотенулирующая терапия хронического рецидивирующего цистита у женщин **35**

ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР

- Низомов С.А., Холтобин Д.П., Соколов А.В.**
Особенности отведения мочи у больных после тазовой эквисцерации **48**

ЛЕКЦИИ

- Жаров Л.В., Тищенко Е.О.**
Социально-философские аспекты проблемы мужского сексуального здоровья в современной России **62**
-
- Ворник Б.М.**
Этио-патогенетическая классификация сексуальных расстройств у мужчин **104**

УДК 616.61-001.5-089

Собственный опыт оперативного лечения закрытой травмы почки

Возианов С. А., Сабадаш М. Е., Бондаренко Ю. М., Шуляк А.В.

ГУ Институт урологии НАМН Украины, г.. Киев

Адрес: 04053, Украина, г.. Киев, ул. Ю. Коцюбинского, 9а, 486-67-31

avshulyak@yandex.ua; maxsabadash@i.ua; b.yuriy.m@gmail.com.

Проанализирована эффективность оперативного лечения 37 пациентов с закрытой травмой почки, которые находились в клинике с 1989 по 2013. На основе собственного опыта и общепринятых стандартов очерчены особенности диагностики и лечения этой патологии. В практической деятельности использованы классификации, предложенные Американской ассоциацией хирургии травм (ААХТ) в 1989 и профессором С.А. Возиановым и профессором А.В. Шуляком в 2003. Полученные результаты свидетельствуют об эффективности оперативного лечения у пациентов с закрытой травмой почки III-V стадии согласно классификации ААХТ.

Ключевые слова: закрытая травма почки, контролируемая ревизия почки, органосохраняющие операции, нефрэктомия

Own experience of surgical treatment of blunt renal trauma

Vozianov SA, Sabadash ME, Bondarenko YM, Shulyak AV

State Institute of Urology of NAMS of Ukraine, Kiev .

Address: 04053, Ukraine, Str. Yu Kotsyubyns'kogo, 9a, 486-67-31

avshulyak@yandex.ua; maxsabadash@i.ua; b.yuriy.m@gmail.com.

37 patients with blunt renal trauma were surgery at our clinic between 1989 and 2013 yrs. Basing on our own experience as well as generally accepted standards of treatment, we developed a tactic of treatment of this pathology. In daily work we used two classifications: proposed by the American Association for the Surgery of Trauma (AAST) in 1989 and proposed by prof. S.A. Vozianov and prof. A.V. Shulyak in 2003. An analysis of the research was carried out; it demonstrates the efficacy of conservative treatment in patients with blunt renal trauma III-V grades according to AAST classification.

Key words: blunt of kidney injury, controlled kidney revision, organ preserving surgery, nephrectomy

ВВЕДЕНИЕ

Травма органов мочевой системы составляет около 10% всех травм органов живота [20]. Повреждения почки встречается в более чем половине случаев травмы органов мочевой системы, а соотношение мужчин и женщин составляет 3:1 (хотя это различие объясняется участием мужчин в деятельности с высокой степенью риска, например: высокоскоростные дорожно-транспортные происшествия, контактные виды спорта, насильственные преступления) [15].

Травму почки классифицируют, как тупую и проникающую. В сельской местности, тупая травма составляет 90-95% наблюдений, в городских условиях проникающие травмы встречаются в 40% случаев [10].

Подавляющее большинство почечных травм в развитых странах являются закрытыми, хотя существуют географические отличия. В Европе 97% почечных травм являются тупыми; в Канаде - 93% [12], в США - 82-95% [6], в Южной Африке 25-84% [13], а в сельской местности Турции - 31% случаев. [5].

Дорожно-транспортные происшествия (ДТП) вызывают почти половину всех тупых травм почки [18]. В лобовом столкновении почечные повреждения могут быть вызваны ремнем безопасности или рулевым колесом [7]. Фронтальные и боковые подушки безопасности уменьшают риск повреждения почек на 45,3% и 52,8%, соответственно [8].

Частота открытых ревизий почки, выполняемых по поводу тупых травм, составляет около 10%, поскольку большинство центров стремится к применению консервативных подходов лечения [3]. В бреднем, у 13% пациентов требуется выполнение нефрэктомии в ходе проведения открытой ревизии.

Ожидается, что ДТП и военные действия станут основной причиной травматизма в двадцать первом веке, таким образом, количество травмы почки тяжелой степени во всем мире увеличится [17].

Цель: проанализировать собственный опыт хирургического лечения пациентов с закрытой травмой почки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами анализирован собственный опыт хирургического лечения 37 больных с изолированной закрытой травмой почки (ЗТП), что составляет 12,29% от общего количества пролеченных пациентов с ЗТП, которые находились в нашей клинике в период с 1989 по 2013 гг. Среди травмированных было 25 (67,57%) мужчин и 12 (32,43%) женщин в возрасте $38,5 \pm 4,9$ года. При установке тяжести травматического поражения нами использована классификация ААХТ (Moore EE et al., 1989. таб.1) и классификация Возианова С.А. и Шуляк А. В. (2003 г.), при ятрогенных и сочетанных повреждениях. Степень повреждения паренхимы и полостной системы почек устанавливали с помощью ультразвукового обследования (УЗО), экскреторной урографии (ЭУ), компьютерной томографии с контрастированием (КТ) (рис.1) и непосредственного осмотра во время оперативного вмешательства (рис.2).

Рисунок 1. Травма правой почки (IV ст. травмы)

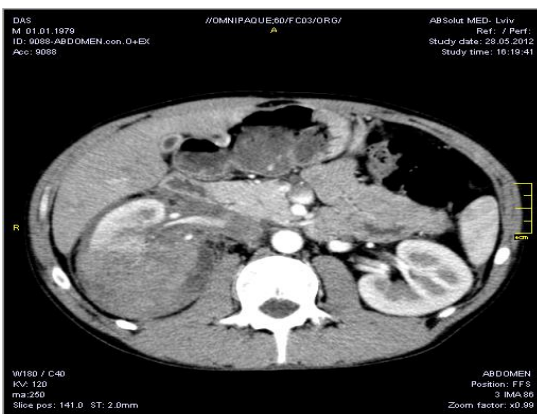


Рисунок 2. Раздавленная почка (V ст. травмы)



КТ почек применяли в качестве «золотого» стандарта при рентгенографическом обследовании гемодинамически стабильных пациентов с подозрением на повреждение почки. КТ отличается большей чувствительностью и специфичностью, чем ЭУ, УЗО или

ангиография. В ретроспективном исследовании объективный результат обследования у 298 пациентов КТ обеспечила в 96% случаев, ЭУ с двойной дозой контраста – в 91%, а УЗО – в 79% наблюдений [16].

Таблица 1. Шкала повреждений ЗТП ААХТ [7]

Степень повреждения *	Описание повреждения
I	Ушиб либо не нарастающая подкапсульная гематома; травма без разрыва
II	Ненарастающая периренальная гематома; кортикальный разрыв глубиной <1 см. без экстравазации мочи
III	Кортикальный разрыв глубиной >1 см без экстравазации мочи
IV	Разрыв сквозь кортикомедулярный слой в полостную систему или повреждение сегментарной артерии, вены с образованием гематомы, частичное повреждение стенки сосуда или тромбоз сосуда
V	Раздавливание почки или отрыв почечной ножки от почки

**Нео*

бходимо увеличить степень тяжести на I при двусторонней травме до степени III

Показаниями к оперативному лечению ЗТП были: нестабильные гемодинамические показатели, нарастающая или пульсирующая периренальная гематома, выявленная при лапаротомии по поводу сочетанных повреждений; техническая невозможность определить состояние пораженной и функцию контралатеральной почки доступными диагностическими методами при явных признаках нарушения гемодинамики; повреждения V степени по классификации ААХТ.

Всем прооперированным до операции были выполнены обще-клинические анализы крови и мочи, определены уровни креатинина и мочевины плазмы крови, произведена электрокардиография, рентгенография органов грудной клетки, ультразвуковое обследование внутренних органов, экскреторная урография и/или компьютерная томография с усилением.

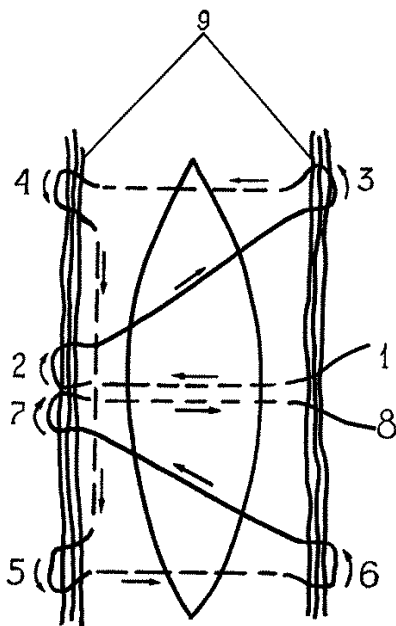
В последние годы в нашей клинике доступ к почке при закрытой травме осуществляли только лапаротомным способом с использованием метода контролируемой ревизии почки (*а. Ниже нижней мезентериальной вены проводится вскрытие париетальной брюшины. б. Правая или левая почечные вена и артерия берутся на лигатуры в. Только после контроля над почечной веной и артерией раскрывается фасция Герота*) с целью уменьшения количества нефрэктомий, уменьшения объема кровопотери и предупреждение

летальных случаев по поводу кровотечения. Поскольку при раскрытии фасции Герота давление в паранефральной клетчатке уменьшается, это приводит к началу или усилению кровотечения.

Впервые трансперитонеальный доступ для выполнения нефрэктомии с контролируемой ревизией почки описали Scott и Selzman [19]. McAninch и Carroll впервые описали методику контроля почечной ножки перед вскрытием фасции Герота и на основе собственного исследования доказали, что этот метод уменьшает количество нефрэктомий с 56% до 18% [14], также позволяет уменьшить кровопотерю и частоту проведения нефрэктомии и, как правило, не влияет на частоту случаев возникновения послеоперационной гиперазотемии и смертности [2]. Ушивание паренхимы почки возможно в большинстве случаев.

Чиглинцев А.Ю. и Чиглинцев К.А. (рис. 3) разработали шов и получили патент на ушивание разрыва при травме почки.

Рисунок 3. Ушивание раны почки



На расстоянии не более 1 см от края раны почки по ее середине делают вкол иглы с длинной нитью кетгута 1, проводят в глубине паренхимы почки под дном раны перпендикулярно ее оси и выводят на поверхность с противоположной стороны, где выполняют петлю 2, проводят ее диагонально на поверхности почки в обратном направлении к краю раны и образуют петлю 3, с последующим вколом, проводят в толще ткани на противоположную сторону в перпендикулярном направлении оси раны и выколом на поверхность, образуют петлю 4, проводят в толще паренхимы параллельно ране на расстоянии не более 1 см от нее, выводят на поверхность почки у края раны, образуют

петлю 5, проводят лигатуру перпендикулярно оси раны под ее дном на противоположную сторону, образуют петлю 6, направляют нить диагонально на противоположную сторону раны, делают петлю 7 и вкол на расстоянии не более 0,5 см от ранее образованной петли 2, проводят нить под дном раны перпендикулярно ее оси на противоположную сторону, в образованные петли укладывают не менее трех прямых нитей кетгута 9, свободные концы лигатуры 8 и 1 связывают между собой.

Данным способом можно достичь полного сближения краев раны, обеспечить остановку кровотечения и предупредить появление полостей в ране. С использованием данного метода авторы ушили разрыв почки у 12 больных с последующими удовлетворительными клиническими результатами [1].

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В 1-е сутки после госпитализации прооперировано 22 (59,46%) больных, в промежутке с 24 по 72 час. с момента получения травмы 11 (29,73%) больных, позднее 3-х суток - 4 (10,81%) больных.

Органосохраняющие операции выполнены у 18 больных (48,65%).

Среди них у 15 пациентов (40,54%) проведено ушивание разрывов, эвакуация гематом, дренирование забрюшинного пространства.

Экстравазация мочи (не в результате травмы мочеточника или почечной лоханки) сопровождается значительными рваными ранами и некрозом паренхимы (> 20%), и сама по себе не является абсолютным показанием для хирургического лечения, и как правило прекращается самостоятельно в 76-87% случаев [8].

Разрывы паренхимы мы ушивали П-образными швами (Кетгут 0 или 1), предварительно ушивая дефекты полостной системы нитью с большими сроками рассасывания (викрил 3-0). Дефекты почечной паренхимы закрывали капсулой почки, при больших дефектах использовали сальник или паранефральную жировую клетчатку.

Резекцию нежизнеспособного сегмента выполнили у 3 (8,11%) пациентов. Согласно классификации ЗТП ААХТ пациенты, которым произвели органосохраняющие операции, принадлежали к II степени 5 (13,51%) пациентов, к III степени - 4 (10,81%), к IV- 11 (29,73%) пациентов.

Нефрэктомии осуществили у 19 больных (51,35%). Среди этих 19 пациентов на момент установления диагноза констатирована III степень тяжести у 1 (2,70%) пациента, IV степень тяжести – в 24 (64,86%) случаях, V степень – в 4 (10,81%) случаях (табл. 2).

Таблица 2. Распределение пациентов с ЗТП по степени тяжести ААХТ.

Степень тяжести	Органосохраняющие операции				Нефрэктомии	
	Ушивание разрыва		Резекция нежизнеспособного сегмента		n	%
	n	%	n	%		
II	5	31,51	-	-	-	
III	3	8,11	-	-	1	2,70
IV	7	18,92	3	8,11	14	37,84
V	-	-	-	-	4	10,81
Всего	15	40,54	3	8,11	19	51,35

У пациентов с нестабильной гемодинамикой и тяжелой травмой почки по нашим данным и данным литературы [9], количество нефрэктомий может достигать 100%. Во время ушивания сосудов почки при травме необходим опыт хирурга и стабильная гемодинамика, при повреждении основной почечной артерии в нефрэктомии нуждаются 67-86% пациентов, при травме магистральной вены - 25-56% пациентов, когда травмируется сегментарный сосуд при правильном алгоритме действий органосохраняющие операции можно выполнить всем пациентам [4]. Однако в связи с неудовлетворительными результатами сосудистой реконструкции при удовлетворительной функции контралатеральной почки в литературе относительно редко упоминают об органосохраняющих операциях [11].

Перед нефрэктомией следует убедиться в наличии второй функционирующей почки. Если перед операцией не удалось выполнить КТ с контрастированием или ЕУ, то интраоперационно проводится одноразовая ЭУ: техника исследования заключается в внутривенном введении контрастного вещества в дозе 2 мл / кг массы тела и осуществлении снимка через 10 мин. При этом необходимо помнить, что у пострадавшего с тяжелой сочетанной травмой и шоком при артериальном давлении ниже 80 мм. рт. ст. функция второй почки может быть резко снижена. В таких случаях приходится руководствоваться результатами осмотра и пальпации второй почки.

У всех пациентов устанавливали дренаж с целью предотвращения подтекание мочи с места дефекта. Нефростомы устанавливали у 10 (55,55%) пациентов, у 8 (45,55%) – устанавливали почечные стенты.

У 4-х (22,22%) пациентов после оперативного органосохраняющего лечения возникли осложнения в раннем и позднем послеоперационном периоде.

У одного пациента в связи с обтурацией «pig tail» на 7-й день образовалась уринома до 600 мл, которая успешно была ликвидирована перкутанным дренированием и переустановкой почечного дренажа.

Ранние осложнения проявляются уже в течение первого месяца после получения травмы и включают кровотечение, инфекционные осложнения, перинефральный абсцесс, сепсис, мочевой свищ, гипертензию и уриному. К отдаленным осложнениям относят кровотечение, гидронефроз, образование камней, хронический пиелонефрит, АГ, образование артериовенозной фистулы и псевдоаневризму.

У другого пациента на 12-й день возобновилась макрогематурия, которая была ликвидирована гемостатическими препаратами.

Позднее кровотечение является частым осложнением глубоких рваных ран от коркового к мозговому слою почки. Интервал между травмой и вторичным кровотечением составляет 2-36 дней [7].

Через несколько лет после ушивания разрыва в связи с развитием артериальной гипертензии, у еще одного пациента выявлена вторично сморщенная почка, после ушивания разрыва IV степени. Этому больному была выполнена нефрэктомия.

Пластика пиелоуретерального сегмента по Хайнс-Андерсону была произведена пациентке, которой 12 месяцев назад было проведено ушивание разрыва почки IV степени тяжести.

Следовательно, оперативное лечение закрытой травмы почки является актуальной темой современной урологии, поскольку не решена единственная доктрина по классификации, абсолютных показаний и метода оперативного вмешательства ЗТП. В мировой литературе появляются сообщения о лечении закрытой травмы почки лапароскопическим методом, что является интересным и дискуссионным вопросом и требует дальнейших исследований.

Выводы

1. Учитывая большой процент осложнений у пациентов после оперативного лечения следует продолжать исследования с целью разработки показаний и уменьшения количества оперативных вмешательств.
2. Приведенный нами опыт показывает, что закрытая травма почки в основном наблюдается у пациентов трудоспособного возраста $38,5 \pm 4,9$ г., с частотой нефрэктомий (51,35%), что является важной медико-социальной проблемой.

Литература:

1. Патент РФ №2007139337/14, 23.10.2007 Чиглинецв Александр Юльевич, Чиглинецв Кирилл Александрович. Способ ушивания раны почки // Патент России 2352272 С1.
2. Atala A. Preliminary vascular control for renal trauma. / A. Atala, FB Miller, JD Richardson et al. // *Surg Gynecol Obstet* 1991 May;172(5):386–90.
3. Baverstock R. Severe blunt renal trauma: a 7-year retrospective review from a provincial trauma centre. / R Baverstock, R Simons, M. McLoughlin // *Can J Urol* 2001;8: 1372–6
4. Carroll PR. Renovascular trauma: risk assessment, surgical management, and outcome. / PR Carroll, JW McAninch, P Klosterman et al. // *J Trauma* 1990; 30: 547– 54
5. Ersay A. Experience with renal gunshot injuries in a rural setting. / A Ersay, Y Akgun. // *Urology* 1999;54: 972–5
6. Goff CD. Management of renal trauma at a rural, level I trauma center. / CD Goff, GR Collin // *Am Surg* 1998; 64: 226
7. Heyns CF. Stab wounds associated with hematuria— a review of 67 cases. / CF Heyns, DP de Klerk, ML de Kock. // *J Urol* 1983;130:228–31
8. Husmann DA. Major renal lacerations with a devitalized fragment following blunt abdominal trauma: a comparison between nonoperative (expectant) versus surgical management. / DA Husmann, PJ Gilling, MO Perry et al. // *J Urol* 1993; 150: 1774–7
9. Husmann DA. Attempted nonoperative management of blunt renal lacerations extending through the corticomedullary junction: the short-term and long-term sequelae. / DA Husmann, JS Morris. // *J Urol* 1990; 143: 682–4
10. Kansas BT. Incidence and management of penetrating renal trauma in patients with multiorgan injury: extended experience at an inner city trauma center. / BT Kansas, MJ Eddy, JH Mydlo et al. // *J Urol* 2004 Oct;172(4Pt1):1355-60.
11. Knudson MM. Outcome after major renovascular injuries: a Western trauma association multicenter report. / MM Knudson, PB Harrison, DB Hoyt et al. // *J Trauma* 2000; 49:1116–22
12. Kuan JK. Renal injury mechanisms of motor vehicle collisions: analysis of the crash injury research and engineering network data set. / JK Kuan, R Kaufman, JL Wright et al. *J Urol* 2007 Sep;178(3Pt1):935-40; discussion 940.
13. Madiba TE. Renal trauma secondary to stab, blunt and firearm injuries – a 5-year study. / TE Madiba, AA Haffejee, J John. // *S Afr JSurg* 2002; 40: 5–1012

14. McAninch JW. Renal trauma: kidney preservation through improved vascular control - a refined approach./McAninch JW, Carroll PR. // *J Trauma* 1982; 22: 285
15. Paparel P. The epidemiology of trauma of the genitourinary system after traffic accidents: analysis of a register of over 43,000 victims. /P Paparel, A N'Diaye, B Laumon, et al. // *BJU Int* 2006 Feb;97(2):338-41.
16. Qin R. Diagnosis and treatment of renal trauma in 298 patients./R Qin, P Wang, W Qin et al. // *Chin J Traumatol* 2002 Feb;5(1):21-3.
17. Santucci RA. Validation of the American Association for the Surgery of Trauma organ injury severity scale for the kidney./RA Santucci, JW McAninch, M Safir *et al.*// *J Trauma* 2001;50: 195-2009
18. Santucci RA. Evaluation and management of renal injuries: consensus statement of the renal trauma subcommittee. /RA Santucci, H Wessells, G Bartsch et al. // *BJU Int* 2004 May;93(7):937-54.
19. Scott RF Jr. Complications of nephrectomy: review of 450 patients and a description of a modification of the transperitoneal approach. /RF Scott Jr, HM Selzman.// *J Urol* 1966; 95: 307-12
20. Wessells H. Renal injury and operative management in the United States: results of a population based study. /Wessells H, Suh D, Porter JR *et al.*// *J Trauma* 2003; 54: 423-30

ДИСФУНКЦИЯ НИЖНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ

Бердичевский В.Б.

«Федеральный центр нейрохирургии» г. Тюмени
(Главный врач д.м.н., профессор Суфианов А.А.)

В результате настоящего исследования установлено, что дисфункция нижних мочевых путей у пациентов с хроническим пиелонефритом является следствием парасимпатической висцеральной дисфункции с клиническими проявлениями в виде аритмологического синдрома и учащенного необильного мочеиспускания. Применение α_1 -адреноблокатора Тамсулозина сопровождается более эффективным купированием клинико-лабораторных проявлений заболевания.

Ключевые слова: пиелонефрит, гиперактивный мочевой пузырь, α_1 -адреноблокатор

Lower urinary tract dysfunction in patients with chronic pyelonephritis

Berdichevskyy V.B.

As a result of this study found that the lower urinary tract dysfunction in patients with chronic pyelonephritis is a consequence of the parasympathetic, visceral dysfunction with clinical manifestations in the form ARRHYTHMOLOGY syndrome, and frequent urination scant. Appointment of α_1 -blocker tamsulosin is accompanied by more effective in abolishing the clinical and laboratory manifestations of the disease.

Keywords: pyelonephritis, overactive bladder, α_1 -blocker

Введение. Хронический пиелонефрит является одним из наиболее распространенных заболеваний почек, при котором воспалительный процесс развивается не только как вторичный, на фоне органических обструктивных изменений в мочевыводящих путях, но и как первичное заболевание, характеризующееся функциональными расстройствами сердечного ритма и функции нижних мочевых путей. При этом, нарушения мочеиспускания играют важную роль в патогенезе микробно-воспалительного поражения почек и могут быть одним из решающих факторов в прогрессировании этого заболевания. Указанное состояние, как правило, сопровождается дискоординацией функций вегетативной нервной системы, обеспечивающей стабильную работу внутренних органов в

условиях хронического микробно-воспалительного процесса в почках [1, 2, 3, 4].

В этой связи, чрезвычайно важным представляется комплексное исследование работы сердечно-сосудистой системы, подверженной нагрузкам в процессе реализации воспаления в почках и ритма мочеиспускания, оказывающего существенное влияние на формирования функциональных причин нарушения пассажа мочи. Именно поэтому лечение хронического необструктивного пиелонефрита должно включать в себя препараты, улучшающих функциональные показатели как сердечно-сосудистой системы, так и мочевыводящих путей. Комбинация их в комплексе с антибактериальной терапией с учетом чувствительности к ней бактериального компонента воспаления позволит улучшить результаты лечения больных с хроническим необструктивным пиелонефритом [5, 6, 7, 8].

Цель исследования. Изучить вариабельность ритма сердечной деятельности и ритма мочеиспускания у больных с хроническим пиелонефритом в фазе латентного воспалительного процесса и разработать методы их коррекции.

Материалы и методы. В настоящей работе представлены результаты клинического наблюдения и обследования 154 пациентов с хроническим необструктивным пиелонефритом. Как показали проведенные исследования, среди пациентов с впервые выявленным хроническим пиелонефритом было 83 женщины и 71 мужчина, средний возраст составил $40 \pm 5,7$ лет. В ходе профилактического осмотра они предъявляли жалобы на периодические ноющие боли в поясничной области без четкой локализации, общее недомогание. Длительность субъективных ощущений заболевания составила $2,5 \pm 1,5$ года. В анализах мочи выявлена значимая лейкоцитурия. После выполнения УЗИ почек, мочевого пузыря, консультации уролога, гинеколога и исключения урогинекологических причин воспаления в мочевыводящих путях, они были госпитализированы для углубленного обследования. Адренореактивность организма обследованных пациентов определяли по величине β -адренорецепции мембран эритроцитов (β -АРМ) с использованием диагностического набора реактивов «АРМ-Агват» (ООО «Агат-Мед», г. Москва). Согласно условиям исследования, чем выше уровень катехоламинов в крови, тем выше значение показателя β -АРМ мембран эритроцитов отражающего их осморезистентность.

Суточное мониторирование ЭКГ (ХМ ЭКГ) выполняли, с помощью переносных суточных мониторов производства ОАО «Инкарт» (Санкт-Петербург) в течение 24 часов. Определяли средние за сутки показатели числа сердечных сокращений и временные параметры вариабельности сердечного ритма.

Специальные биохимические исследования клеточных мембран эритроцитов включали в себя: определение содержания суммарных фосфолипидов клеточных мембран эритроцитов (СФЛ) по реакции с малахитовым зеленым на неорганический фосфор и общего холестерина (ОХЛ) по методу Златкиса-Зака. Статистическая обработка результатов исследования проводилась на персональном компьютере с использованием статистического пакета прикладных программ SPSS 16.0 (SPSS Inc.) и STATISTICA 6.0. Для создания базы данных использовался редактор электронных таблиц «Microsoft Excel» 10.0 в соответ-

ствии с правилами вариационной статистики. За критический уровень значимости при проверке статистических гипотез принимали $p < 0,05$ с учетом числа степеней свободы.

Результаты и обсуждение. Исходно состояние всех пациентов расценено как удовлетворительное. В их анамнезе отсутствовали данные о ранее перенесенном остром и хроническом пиелонефрите. Заболевание развивалось исподволь и связать его возникновение с условиями труда и быта пациенты не смогли. Одновременно с появлением периодических ноющих болей в пояснице и недомогания у 124 (80,8%) пациентов отмечалось учащенное безболезненное необильное мочеиспускание. Восемь пациентов (6,1%) отметили количество мочеиспусканий менее 5 в сутки, из них 6 были женщины. В 22 случаях (16,9%) нарушений мочеиспускания по мнению пациентов не наблюдалось.

Фактором беспокойства у пациентов с дисфункцией нижних мочевых путей (ДНМП) стало императивное расстройство мочеиспускания, которое характеризовалось появлением учащенного безболезненного мочеиспускания более 8 раз в сутки с элементами ургентности у 63 (45,2%) и различно выраженной инконтиненцией у 6 (3,8%) больных. Все пациенты с ДНМП осмотрены неврологом и у них были исключены нейрогенные причины. По данным экскреторной урографии расширения верхних мочевых путей и нарушений пассажа мочи не выявлено. Согласно рекомендациям Национального руководства по нефрологии (2009) и Европейской ассоциации урологов (2011), это позволило отнести впервые выявленный у наших пациентов хронический пиелонефрит к категории неосложненного. Однако у 28 (22,6%) пациентов в процессе выполнения микционной цистографии обнаружен кратковременный рефлюкс мочи в верхнюю треть мочеточника - это пузырно-мочеточниковый рефлюкс I степени, которой по данным ряда исследователей имеет место более чем у 30% пациентов с неосложненным хроническим пиелонефритом.

В рамках настоящей работы нами проведено изучение сравнительных характеристик структурно-количественных показателей сердечного ритма у здоровых людей, пациентов с хроническим необструктивным пиелонефритом (ХрПН) без ДНМП и пациентов с ХрПН сочетающимся с ДНМП. Сравнительное исследование результатов ЭКГ и ХМ-ЭКГ показало, что отклонения по ЭКГ регистрируются у 26% пациентов с впервые выявленным хроническим неосложненным пиелонефритом, что в два раза чаще, чем в группе здоровых лиц. Холтеровское мониторирование ЭКГ увеличивало выявляемость этих отклонений во всех группах обследованных, что указывает на более высокую чувствительность суточного исследования функциональных показателей сердечной деятельности.

В результате проведенного анализа установлено, что дисрегуляция сердечного ритма у пациентов с хроническим неосложненным пиелонефритом относительно здоровых людей в целом наблюдается чаще. Преобладает синусовая брадикардия. При этом наличие дисфункции нижних мочевых путей увеличивает частоту этих отклонений. ХрПН сопровождается дисрегуляцией сердечно-

го ритма характерной для повышения парасимпатического тонуса, о чем свидетельствуют наджелудочковые экстрасистолии, чаще регистрируемые на фоне ХрПН и ДНМП.

Исходя из результатов проведенного исследования, в рамках настоящей работы, пациенты с хроническим пиелонефритом в сочетании с дисфункцией нижних мочевых путей разделены на 2 группы.

В первую группу включен 61 пациент с впервые выявленным ХрПН и ДНМП, получавших двухнедельную стандартную этиологическую и патогенетическую терапию.

Во вторую группу включены 64 пациента с впервые выявленным ХрПН и ДНМП получавших аналогичную двухнедельную терапию в комплексе с одновременным приемом α_1 -адреноблокатора-Тамсулозинав дозе 4 мг один раз в сутки

Три причины выбора именно этого препарата:

- α_1 -адреноблокаторы блокируют активацию α -адренорецепторов, вызывая стимулирующее влияние адреналина на β -адренорецепторы, опосредованно ускоряя ритм сердечных сокращений, нивелируя аритмический синдром и уменьшая артериальный вазоспазм

- α_1 -адреноблокаторы у больных с расстройством мочеиспускания за счет незначительной рефлексорной активации симпатической нервной системы, вызывают расслабление гладкой мускулатуры и улучшение кровоснабжения органов малого таза.

- α_1 -адреноблокаторы рекомендованы к клиническому применению для симптоматического лечения, как гиперрефлексии, так и гипорефлексии мочевого пузыря у пациентов с хроническим необструктивным пиелонефритом.

Оценку эффективности различных схем лечения проводили через 2 недели с учетом динамики субъективных жалоб и объективного функционального и лабораторного исследования.

Согласно комплексному изучению результатов дневников мочеиспускания, вегетативных вопросников и холтеровского мониторинга ЭКГ в группе здоровых лиц установлено, что большую часть времени (86%) здоровый человек проводит в условиях накопления, удержания и хранения мочи. Значительно меньшую часть времени (14%) , ощущая позыв на мочеиспускание, он занимается поиском условий для ее эвакуации, реализацией самого акта мочеиспускания, и социальному выходу из него для возвращения к текущим делам в условиях бессознательного накопления и хранения мочи.

Результаты спектрального анализа вариабельности вегетативной регуляции ритма сердца в процессе реализации акта мочеиспускания у здоровых людей представлены в таблице 1. Из данных таблицы видно, что в норме ощущение позыва к мочеиспусканию и пятиминутная подготовка к его реализации, протекают в условиях преобладания активности надсегментарного управления ВНС (VLF 64,6%). На сегментарном уровне имело место доминирование парасимпатического отдела ВНС (HF- 20,4 и LF- 13,6%, LF/HF -0,6 усл. ед.). Сам процесс мочеиспускания осуществлялся в условиях снижения надсегментарной активности ВНС (VLF56,1% мс²). При этом продолжалось нарастание актив-

ности сегментарного парасимпатического отдела ВНС (HL -36,4 и LF- 5,9%, LF/HF- 0,2 усл. ед.).

Таблица 1

Результаты спектрального анализа variability сердечного ритма в процессе реализации мочеиспускания у здоровых людей (n-16)

Параметры	Позыв мс2%		Мочеиспускание мс2%		Завершение мс2%		Удержание мс2%	
	1		2		3		4	
TP,мс2	3365±198	100	1981±92*	100	1892±101	100	2951±151*	100
ULF,мс2.	48±35	1,4	33±29	1,6	237±105*	12,6	147±97	5,0
VLF, мс2.	2173±124	64,6	1112±114*	56,1	1416±121*	74,8	496±115*	16,9
LF,мс2.	458±120	13,6	116±98*	5,9	131±96	6,9	1652±128*	55,9
HL,мс2.	686±118	20,4	720±127	36,4	108±85*	5,7	656±133*	22,2
LF/HF у.е.	0,6		0,2		1,2		2,5	
VLF/HFy.e	3,2		1,5		13,1		0,8	
ICy.e.	3,8		1,7		14,3		3,3	

Примечание: * - $P_{1-2} < 0,05$ различия статистически достоверны по сравнению с показателями в период позыва к мочеиспусканию; $P_{2-3} < 0,05$ – различия статистически достоверны по сравнению с показателями в период мочеиспускания; $P_{3-4} < 0,05$ – различия статистически достоверны по сравнению с показателями в период завершения мочеиспускания.

Пятиминутный этап завершения акта мочеиспускания и определение дальнейшего плана поведения протекал в условиях существенного нарастания активности надсегментарного контроля ВНС (VLF- 74,8 против 56,1 %). Он так-же характеризовался сменой сегментарного доминирования парасимпатического отдела на симпатический отдел ВНС (LF -6,9% и HF- 5,7% , LF/HF 1.2 усл. ед.). Через час после опорожнения мочевого пузыря при суммарном доминировании активности сегментарного вегетативного контроля (VLF- 16,9%) процесс накопления мочи обеспечивался преимущественно симпатическим компонентом ВНС (LF- 55,9% и HF-22,2%, LF/HF 2,5. усл.ед.).

Продолжая изучать возможную взаимосвязь ритмов сердца и мочеиспускания, в рамках настоящего исследования проведена сравнительная холтеровская визуализация ритма сердца и накопительно-эвакуационных функций нижних мочевых путей у здоровых людей в зависимости от количества суточных мочеиспусканий. В качестве примера проведено сравнительное изучение результатов суточного мониторинга ЭКГ у здоровых лиц имеющих различный индивидуальный ритм мочеиспускания - 4,-7, и -9 раз в сутки. (Рисунок 1.)

В результате проведенного исследования установлено, что наименьший показатель надсегментарного контроля ВНС (ИИ) имел место в процессе четырехразового суточного опорожнения мочевого пузыря, а наибольший при девятиразовом суточном опорожнении мочевого пузыря (4,35- 5,97 - 25,57 у.е.).

Процесс опорожнения мочевого пузыря во всех случаях сопровождался доминированием сегментарного парасимпатического компонента ВНС –Hf norm (73,10 – 65,30- 73,90). Важно отметить, что мы не выявили гендерных

особенностей в вегетативной регуляции функции внутренних органов у наших пациентов, что позволило исследования проводить в смешанных группах пациентов.

В рамках дальнейшего исследования нами проведено сравнительное изучение суточного спектрального анализа variability сердечного ритма в норме и у пациентов на фоне ХрПН с ДНМП. Анализировалось раздельное влияние надсегментарного регулирования со стороны центров головного мозга (ULF и VLF), сегментарных центров спинного мозга (LF и HF) и мембранного (синаптического) восприятия сигнала по показателям β -АРМ эритроцитов. (Таблица 2.)

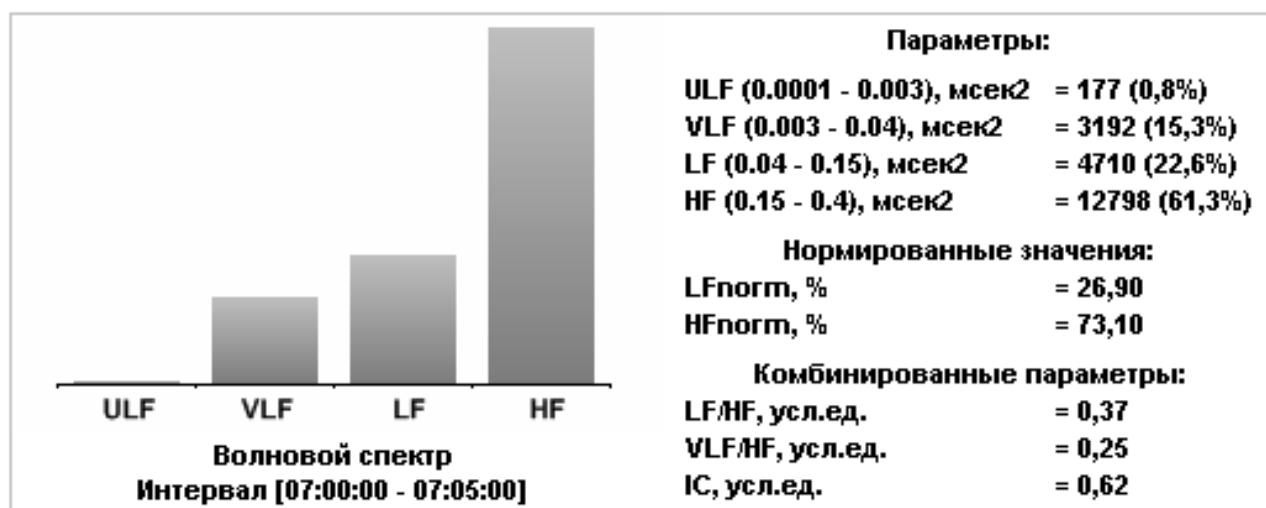
Из полученных данных видно, что, в целом, у здоровых людей в общей мощности спектра равномерно представлены все три уровня функционального контроля ВНС.

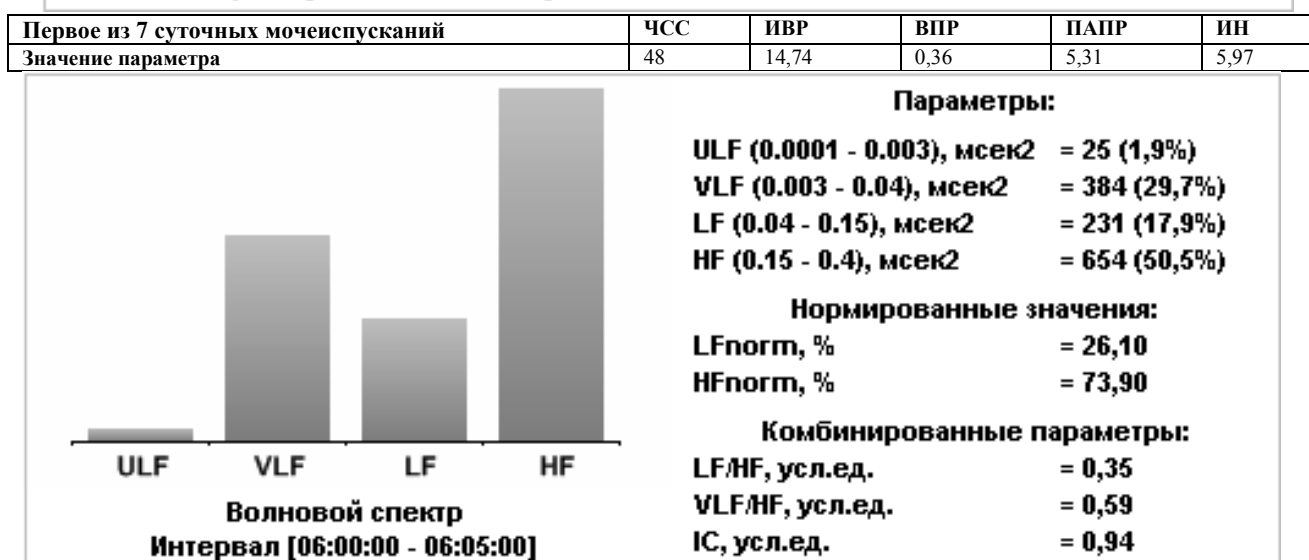
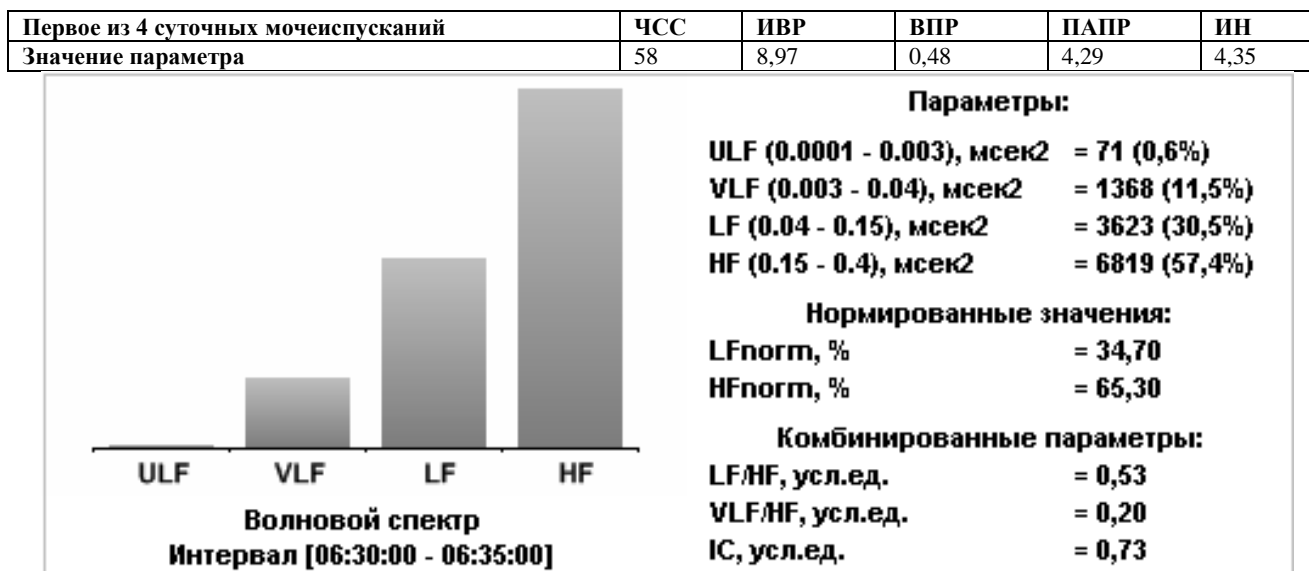
Таблица 2

Сравнительный спектральный анализ variability сердечного ритма и β -АРМ эритроцитов в норме и на фоне ХрПН с ДНМП

Уровни регуляции и параметры	Здоровые (n -30) мс ² %		Хр.ПН с ДНМП (n-30) мс ² %	
	TFмс ²	2544± 176	100,0	1822±101*
Головной мозг				
ULF мс ²	54±44	2,1	196±102	10,8
VLF, мс ²	726±130	28,5	1252±215*	68,6
Спинальный мозг				
LF, мс ² . (симпатическая ВНС)	951±310	37,5	85±22*	4,7
HF, мс ² . (парасимпатическая ВНС)	813±214	31,9	289±65*	15,9
Мембранная регуляция				
β -АРМусл. ед.	12,4±3,5		6,2±2,0*	

Примечание: * - p < 0,05 различия статистически достоверны по сравнению с нормой (критерий достоверности t–Стьюдента).





Первое из 9 суточных мочеиспусканий	ЧСС	ИВР	ВПР	ПАПР	ИН
Значение параметра	59	52,33	0,17	8,80	25,57

Рис. 1. Ритмологические особенности холтеровской визуализация ритма сердца и эвакуационных функций нижних мочевых путей у здоровых людей

Суммарно он зависел в меньшей степени от надсегментарного (UVL- 2,1% плюс VLF- 28,5%), и в большей степени сегментарного центра регуляции ВНС. (LF-37,5% полюс HF-31,9%). Для здоровых людей характерна умеренная симпатикотония, адренореактивность мембран по критерию β -АРМ была в пределах физиологической нормы (12,4 усл. ед.),

У пациентов с впервые выявленным ХрПН с ДНМП в отличие от здоровых лиц при суточном мониторинге ЭКГ отмечен достоверно более низкий уровень общей мощности вегетативного спектра (TF 2544±236 и 1822± 455 у.е., $p < 0,05$) с преобладанием надсегментарного уровня регулирования ВНС (VLF- 28,4 и 68,6%). Падение сегментарной активности было в большей степени характерно для симпатического отдела ВНС и в меньшей степени для парасимпатического отдела ВНС (LF- 4,7% и HF-15,9%). При этом, показатель β -АРМ, оставаясь в пределах физиологической нормы, снижался, что могло свидетель-

ствовать о нарастании парасимпатического доминирования в мембранной регуляции внутренних органов.

Следующим этапом настоящей работы стала оценка клинко-функциональной и лабораторной эффективности стандартного лечения ХрПН с ДНМП и комбинированной терапии с включением α_1 -адреноблокатора - Тамсулозина. В результате проведенного исследования установлено, что в первой группе пациентов с ХрПН и ДНМП, получивших двухнедельную стандартную терапию, состояние клинко-лабораторной ремиссии к моменту окончания лечения, достигнуто у 46 (75,4%) пациентов. Сравнительный анализ структурно-количественных показателей сердечного ритма у пациентов с проявлениями его дисрегуляции после окончания стандартного лечения не выявил значимого улучшения ритмологических характеристик сердечной деятельности.

Во второй группе из 64 пациентов получавших двухнедельную стандартную терапию впервые выявленного ХрПН с ДНМП в комплексе с одновременным приемом α_1 -адреноблокатора Тамсулозина, состояние клинко-лабораторной ремиссии к моменту окончания лечения достигнуто у 55 (85,9%) пациентов. Сравнительный анализ структурно-количественных показателей сердечного ритма у этих пациентов с ранее выявленной дисрегуляцией сердечного ритма, показал уменьшение проявлений аритмического синдрома более чем в 2 раза. Одновременно отмечено двухкратное сокращение проявлений мочепузырного рефлюкса при повторном выполнении микционной цистографии в этой группе пациентов.

Сравнительная клиническая характеристика проявлений дисфункции нижних мочевых путей у пациентов с впервые выявленным хроническим необструктивным пиелонефритом до и после различных схем терапии представлена в таблице 3.

В результате сравнительного изучения дневников мочеиспускания у пациентов с впервые выявленным ХрПН и ДНМП до и после различных схем лечения установлено, что стандартное лечение значимо не уменьшало количества суточных и ночных микций. На фоне комбинированной терапии имело место достоверное сокращение количества мочеиспусканий с купированием никтурии и пациенты однозначно повышали оценку качества жизни до вполне приемлемых показателей.

Таблица 3

Сравнительная клиническая характеристика проявлений дисфункции нижних мочевых путей у пациентов с впервые выявленным хроническим пиелонефритом в стадии латентного течения

Показатель	Здоровые n-30	ХрПН до лечения n-61	ХрПН лечение стандартное n-61	ХрПН лечение комбинированное n- 63
	1	2	3	4
Количество микций	4,8 ± 1,1	11,2±1,2*	10,9±1,1	7,8 ± 1,3*
Ночные микции	0	2,0±0,5*	1,4± 1,0	0
Инконтиненция	0	0,7± 0,5*	0,6± 0,3	0,5 ± 0,4

Средний V мочи мл	225,4± 43,3	128,2 ± 31,4*	147,4±27,4	195,2± 29,4
QoL, баллы	0,7± 0,1	6,2 ± 1,0*	4,4 ± 1,3	1,2 ± 1,4*

Примечание: * - $P_{1-2} < 0,05$ различия статистически достоверны по сравнению со здоровыми; $P_{2-3} < 0,05$ – различия статистически достоверны по сравнению с показателями до лечения; $P_{3-4} < 0,05$ – различия статистически достоверны по сравнению с показателями после стандартного лечения.

Сравнительный спектральный анализ variability сердечного ритма и показателей β -АРМ эритроцитов у пациентов сХрПН с ДНМП на фоне проведения различных схем терапии показал, что, несмотря на положительную клинико-лабораторную динамику после стандартной терапии, продолжалось достоверное снижение уровня общей мощности вегетативного спектра ($TF 1822 \pm 101$ и 1509 ± 172 у.е., $p < 0,05$) с сохранением надсегментарного уровня регулирования ВНС (VLF- 68,6 и 61,9%). Данные представлены в таблице 4.

Вместе с тем на сегментарном уровне при неизменном доминировании парасимпатического обеспечения функциональных потенций внутренних органов (HF-15,9% и 15,5%) наблюдалась достоверная активация симпатического звена ВНС (LF- 4,7% и 11,7%, $p < 0,05$) с одновременной тенденцией к нарастанию показателей β -АРМ эритроцитов ($6,2 \pm 4,5$ и $9,8 \pm 4,9$ усл. ед.).

У пациентов с ХрПН и ДНМП на фоне комбинированной терапии наблюдалась достоверное нарастание уровня общей мощности вегетативного спектра ($TF 1509 \pm 172$ и 2297 ± 140 у.е., $p < 0,05$) с падением надсегментарного контроля со стороны ВНС (VLF- 61,9 и 33,4%). Одновременно на сегментарном уровне достоверно нарастала активность как симпатической, так и парасимпатической регулирующей потенции ВНС со сменой полярности в сторону доминирования симпатического тонуса, характерного для показателей здоровых людей. (15,5% и 30,4% , $p < 0,05$). При этом на уровне органов «мишеней» наблюдалось достоверное нарастание показателей β -АРМ ($9,8 \pm 4,9$ и $20,5 \pm 4,5$ усл. ед., $p < 0,05$), косвенно указывающее на процесс стабилизации симпато-адреналового статуса этих больных.

Таблица 4

Сравнительный спектральный анализ variability сердечного ритма и показателей β -АРМ эритроцитов у пациентов сХрПН с ДНМП на фоне проведения различных схем терапии

Уровни регуляции и параметры	Хр.ПН с ДНМП до лечение		Хр.ПН с ДНМП станд. лечение		Хр.ПН с ДНМП комб. Лечение	
	мс ²	%	мс ²	%	мс ²	%
	1		2		3	
TF мс ²	1822± 101		1509± 172*		2297± 140*	
Головной мозг						
ULF мс ² .	196±102	10,8	165±91	10,0	92±38	4,1

VLF, мс ² .	1252±215	68,6	934±126	61,9	791±113	33,4
Спинальный мозг						
LF, мс ² . (симпатическая ВНС)	85±22	4,7	177±61	11,7	716±265*	32,1
HL, мс ² . (парасимпатическая ВНС)	289±65	15,9	233±65	15,5	699±143*	30,4
Периферическая мембранная адренорецепция						
β-АРМ усл. ед.	6,2±4,5		9,8±4,9		20,5±4,5*	

Примечание: * - $P_{1-2} < 0,05$ различия статистически достоверны по сравнению с показателями до лечения; $P_{2-3} < 0,05$ – различия статистически достоверны по сравнению с показателями после стандартной терапии.

На следующем этапе работы проведены специальные сравнительные биохимические исследования структурно-функциональной организации цитомембран эритроцитов у пациентов с впервые выявленным ХрПН и ДНМП по окончании проведения различных схем терапии. Установлено, что в процессе реализации микробно-воспалительного процесса в почках имело место достоверное обеднение цитомембран фосфолипидами и нарастание содержания в них холестерина. При этом индекс микровязкости мембран увеличивался, что могло существенно влиять на реализацию их адренорецепции. Данные представлены в таблице 5.

На фоне проведения стандартного лечения наблюдалась тенденция к восстановлению фосфолипидного каркаса цитомембраны с обеднением ее холестерином, однако достоверного улучшения показателей микровязкости не происходило. При этом показатель β-АРМ эритроцитов повышался незначительно (6,2±2,0 усл. ед. и 9,8 ±4,9 усл. ед.).

Таблица 5

Показатели содержания фосфолипидов, холестерина и β-АРМ эритроцитов у пациентов с хроническим неосложненным пиелонефритом до и после различных схем терапии (X ± m)

Показатель	Здоровые (доноры) n=30	ХрПН пиелонефрит до лечения n=30	ХрПН стандартное лечение n=30	ХрПН комбинированное лечение n=30
	1	2	3	4
Фосфолипиды (мкмоль/мл)	3,08±0,03	2,82±0,003*	2,85±0,003	2,99±0,001*
Холестерин (мкмоль/мл)	0,80±0,02	0,92±0,03*	0,95±0,03	0,84±0,03*
ХС/ФЛ	0,25±0,02	0,31±0,02*	0,33±0,04	0,27±0,03*

индекс вязкости				
β -АРМ у.е.	12,4 \pm 3,5	6,2 \pm 2,0*	9,8 \pm 4,9	20,5 \pm 4,5*

Примечание: * - $P_{1-2} < 0,05$ различия статистически достоверны по сравнению со здоровыми; $P_{2-3} < 0,05$ – различия статистически достоверны по сравнению с показателями до лечения; $P_{3-4} < 0,05$ – различия статистически достоверны по сравнению с показателями после стандартного лечения.

Включение в комбинированную терапию α_1 -адреноблокатора Тамсулазина сопровождалось достоверным улучшением микровязкости цитомембран, что могло способствовать более эффективной реакции клеток-мишеней на медиаторное воздействие, о чем косвенно свидетельствовало достоверное увеличение β -АРМ эритроцитов у этих больных (9,8 \pm 4,9 и 20,5 \pm 4,5 усл. ед., $p < 0,05$).

Выводы. Следует отметить, что селективный модулятор негормональных рецепторов нижних мочевых путей α_1 -адреноблокатор Тамсулозин не обладает прямыми мембраностабилизирующими свойствами. Он избирательно и эффективно снижает проявления гиперактивности нижних мочевых путей, нивелируя проявления функционального обструктивного компонента (ПМР) поддерживающего хроническое течение микробно-воспалительного процесса в почках, что и было зафиксировано в результате специально проведенных сравнительных исследований ритмологических характеристик работы сердца, структурно-функционального состояния мембран эритроцитов и особенностей мочеиспускания в этой группе пациентов.

Список литературы

1. Глыбочко П.В., Аляев Ю.Г., Гаджиева З.К. Функциональное состояние нижних мочевых путей у пациенток с хроническим пиелонефритом. // Материалы пленума правления Российского общества урологов. Кисловодск, 2011, с.87-88.
2. Вегетативные расстройства. / под ред. А. М. Вейна. Медицинское информационное агентство.- 2000.- 752 с.

3. Длусская И.Г. Адренорецепция мембран эритроцитов и сердечно-сосудистые заболевания / И.Г. Длусская, Р.И. Стрюк. // Молекулярная медицина. 2004. - № 1. - С. 25-26.
4. Крысова А.В. Роль альфа- и бета-адренорецепторов в реализации способности адреналина изменять осмотическую резистентность эритроцитов небеременных женщин./ А.В. Крысова, А.А., В.И. Циркин //Вятский медицинский вестник. -2011. № 3-4. - С. 8-13.
5. Calls J., Cases A., Lario S., et al. b-adrenergic receptor density and function in left ventricular hypertrophy in young essential hypertensives. J. Hum. Hypertens., 2000; Jan;14(1):17-21.
6. Fawzy A., Braun K., Lewis G.P. et. al. Doxazosin in the treatment of benign prostatic hyperplasia in normotensive patients: a multicenter study. J. Urol. - 1995.-Vol. 154.-P. 105-106.
7. Ferdinand K.S. Update in pharmacologic treatment of hypertension. Cardiology Clinics/ 2001. - №2. - Vol. 19.-P 211-215.
8. Sheridan J.F., Dobbs C., Brown D., and Zwilling B. Psychoneuroimmunology: stress effects on pathogenesis during infection. Clin. Microbiology rev., 1994, April; 7(2): 200-212.

УДК 616.6. 95

ОСТРЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ МОШОНКИ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Щедров Д.Н.¹, Медведев Н.А.²

¹ГБУЗ ЯО «Областная детская клиническая больница», Россия, г.Ярославль

²ОГБУЗ «Костромская областная детская больница», Россия, г.Кострома

Адрес: 150042, г. Ярославль, ул. Тутаевское шоссе, д. 27, тел.(4852)773915

Эл.почта: shedrov.dmitry@yandex.ru, nick.medvedev2010@yandex.ru.

Представлен опыт лечения острых заболеваний яичка у 33 детей первого месяца жизни. Проанализированы эффективность диагностики, хирургическая тактика, причины неудовлетворительных результатов и пути их профилактики. Показана необходимость еще более активной хирургической тактики, чем у детей старшего возраста.

Ключевые слова: острые заболевания мошонки, дети, новорожденные.

ACUTE SCROTUM DISEASES IN INFANTS

Shedrov D.N.¹, Medvedev N.A.²

¹Regional Children's Hospital, Yaroslavl

² Kostroma Regional Children's Hospital, Kostroma

Experience in treatment of acute testicular diseases in 33 children in the first months of life. Analyzed the effectiveness of methods of diagnosis, surgical approach, the causes of unsatisfactory results and ways to prevent them. Shows the need for more active surgical approach than in older children.

Keywords: acute scrotal disease, pediatrics, newborns.

ВВЕДЕНИЕ

Острые заболевания мошонки относятся к числу распространенных в детской хирургической практике и встречаются в различных возрастных группах. Однако известно, что существует два пика встречаемости данной нозологической группы – первый год жизни, а так же пре- и пубертатный периоды, этому способствуют определенные анатомические и физиологические предпосылки. Неонатальный период, особенно начальная его часть, наиболее труден для своевременной диагностики синдрома острой мошонки с учетом интерпретации клинической картины и не всегда достаточной информативности инструментальных методов обследования, что часто приводит к запаздыванию хирургического вмешательства и существенному репродуктивному ущербу в последующем. Значительно влияют на течение острых заболеваний мошонки и анатомические особенности неонатального периода – четкое разделение оболочек яичка, относительная выраженность и гипертонус m. cremaster, обуславливающие значительную подвижность гонады, незаращение влагалищного отростка у 70-90% мальчиков [1]. Усложняет диагностику данной категории состояний у

новорожденных и безусловно редкая их частота в этом возрасте – не более 0,7-1,2% всех случаев синдрома острой мошонки. Редко, когда авторы описывают более десятка наблюдений [2], а ряд заболеваний – тромбоз семенного канатика, сдавление яичка грыжей описываются как казуистические ситуации [3]. Все это приводит к утяжелению прогноза в отношении сохранности гонады и фертильности в последующем в сравнении с детьми старшего возраста [4]. Так по данным Yerkes [5] подавляющее большинство случаев синдрома острой мошонки у новорожденных – до 90-100% - приводит к утрате страдающей гонады. Таким образом, улучшение результатов лечения острых заболеваний мошонки и сохранение репродуктивного потенциала у новорожденных являются актуальной задачей детской урологии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Мы наблюдали в клинике Областной Детской Клинической Больницы г.Ярославля на протяжении 12 лет 33 новорожденных с синдромом острой мошонки, что составило 0,6 % от всех больных с синдромом острого заболевания яичка (ОЗЯ) и 0,5 % среди всех новорожденных с хирургической патологией. Среди них дети первых суток жизни составили большинство – 20 человек. Нозологический состав поражений представлен в таблице 1.

Таблица 1. Нозологический состав ОЗЯ

Нозологическая форма	Количество больных (n=33)	%
Заворот яичка	11	33
Тромбоз сосудов семенного канатика	4	12
Эпидидимоорхит	9	27
Травма мошонки	5	15
Сдавление яичка грыжей	2	6
Вторичное гематоцеле на фоне гемоперитонеума	1	3

Больных осматривали неонатолог, акушер, проводили УЗИ органов мошонки. Все дети были переведены в специализированное отделение из родильных домов по установлению диагноза. В ряде случаев срок начала заболевания отметить точно не удалось в силу отсутствия жалоб и выраженности клиники. В таких случаях время начала заболевания было определено не точно (период между осмотрами), отправной точкой считали время последнего осмотра.

Все результаты проведенного исследования были обработаны статистически с помощью компьютерных программ «Excel», «Biostat». Проводили вычисление средних арифметических, «t-критерий» Стьюдента. Достоверными считали различия при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Заворот яичка явился наиболее опасной патологией по своим исходам. Во всех случаях начало заболевания условно отнесено к первым часам жизни и интранатальному периоду, т.к. грань между пре- и постнатальным заворотом отчетливо определить очень затруднительно. Срок до поступления в специализированный стационар составил от 12 часов до 6 суток ($25,3 \pm 11,4$ часа). Все дети были направлены из медицинских учреждений сразу после осмотра неонатолога. Однако только в двух случаях был установлен диагноз заворота яичка, остальные дети поступали с подозрением на некроз яичка, орхит, ущемленную грыжу, гидроцеле и т.д. В одном наблюдении констатирован двухсторонний заворот яичка. Следует отметить отсутствие характерной клинической картины, время начала заболевания было определено с точностью до нескольких часов (период между осмотрами), выраженный отек оболочек мошонки, наступающий очень быстро у новорожденных не позволял детально оценить местную симптоматику и уточнить диагноз. Так, типичные симптомы – острое начало, выраженный болевой синдром, подтягивание яичка, иррадиация болевого синдрома и т.д. не поддавались оценке. Клиническая картина становилась явной при возникновении неспецифических симптомов уже зашедшей далеко стадии заболевания. Данная ситуация относилась в полной мере и к другим нозологическим формам обсуждаемой группы заболеваний. В целом, клинические признаки не всегда позволяют уточнить нозологическую форму, пожалуй, кроме случаев травмы органов мошонки и гематоцеле, но с учетом пальпаторной плотности яичка, пальпации плотного семенного канатика позволяют оценить тяжесть поражения и urgency ситуации. Ультразвуковое исследование с доплерографией проведено всем больным. Констатировано отсутствие кровотока в яичке, заподозрены его некротические изменения. Вместе с тем отсутствовали типичные ультразвуковые симптомы заворота – извитость семенного канатика, поперечное положение яичка, подтянутость яичка, прекращение кровотока в месте странгуляции семенного канатика. Все пациенты были оперированы в экстренном порядке по стабилизации физиологических неонатальных состояний, срок от поступления до операции составлял $2,1 \pm 0,8$ часа. Принятую рядом авторов [6] тактику выполнения операции экстренно в первые 24 часа и отсроченно при большем сроке считаем несостоятельной применительно к новорожденным, т.к. срок заболевания определяется условно со значительным разбросом по времени. Заворот составил от 360° до 1440° ($440 \pm 41^\circ$), что несколько меньше, чем в старшей возрастной группе ($525 \pm 59^\circ$). В девяти случаях

констатирован некроз гонады, что вынудило выполнить орхэктомию, в двух наблюдениях (срок заболевания 17 и 22 часа) при отсутствии кровотока по данным УЗДГ жизнеспособность клинически была оценена как сомнительная, яички оставлены, при последующем наблюдении в динамике отмечен кровоток в паренхиме, яички сохранены. Во всех случаях мы проводили фиксацию контралатерального яичка по оригинальной методике (приоритетная справка № 2013116240) с учетом тяжести исходов, в то время как в старшем возрасте при отсутствии клинических предпосылок считали возможным воздержаться от профилактической операции. Таким образом, обращает на себя внимание фатальная в большинстве случаев длительность заболевания, оставляющая мало шансов на сохранение яичка и трудность установки точного диагноза до операции.



Рисунок 1. Двусторонний тромбоз сосудов семенного канатика.

Вместе с тем УЗИ с УЗДГ, являющиеся золотым стандартом диагностики заболеваний мошонки показывают низкую эффективность и значительное количество гипердиагностических случаев[7] вследствие трудности эхолокации сосудов очень малого диаметра и наличия низкоскоростного кровотока, не позволяя его отчетливо зафиксировать. Одной из причин низкой информативности исследования мы считаем гидрофильность тканей новорожденного, в том числе и тестикулярной. Четверо пациентов с тромбозом сосудов семенного канатика были госпитализированы в первые сутки жизни, в одном

наблюдении отмечен казуистический случай двухстороннего тромбоза сосудов (рис 1). Во всех наблюдениях диагноз некроза яичка был выставлен по результатам УЗИ и УЗДГ до операции, однако сам тромбоз не был диагностирован и являлся интраоперационной находкой. При проведении эхолокации у больных ни в одном случае не были отмечены извитость семенного канатика и прерывистость кровотока в нем. Обращает внимание тот факт, что у всех детей имела место истинная гиперводемическая полицитемия в выраженной степени, обусловленная различными причинами, уровень гематокрита составлял в среднем $78\% \pm 11\%$, что позволяло трактовать данную ситуацию как проявление синдрома полицитемии новорожденных [8]. Предоперационный период у данной категории пациентов осложнялся необходимостью проведения частичной обменной трансфузии, оттягивающей операцию на несколько часов. Во всех случаях выполнена орхофуникулэктомия ввиду некроза яичка, что указывает на явно пренатальный характер тромбоза, не оставлявший шансов на сохранение гонады. Вместе с тем считаем, что предположить истинный диагноз в данной группе пациентов возможно на основании сопоставления анамнеза, клинических, ультразвуковых и лабораторных данных, а фатальность ситуации позволяет выполнить операцию несколько отсрочено после соответствующей подготовки, коррекции фоновых и транзиторных неонатальных состояний.

Эпидидимоорхит имел место у девяти детей. Все дети поступали в возрасте старше 7 дней. Из особенностей клиники отмечалась подострое начало заболевания с определением манифестации с точностью до суток. Клиническая картина носила неспецифический характер ввиду выраженности местных воспалительных изменений. В шести случаях из девяти (66,7%) у детей была отмечена инфекция мочевыводящих путей, что доказывает связь ее с эпидидимитом с несколько большей частотой, чем у детей старшего возраста [9]. Высокую информативность в диагностике играло ультразвуковое исследование и доплерография, позволившие во всех случаях исключить заворот яичка и поставить верный диагноз, а также оценить характер воспалительного процесса в мошонке. В оценке показаний к способу лечения мы пользовались принятыми ранее в клинике критериями метода выбора для детей старшего возраста [10]. Характер воспалительного процесса был более агрессивным, чем у пациентов старшего возраста, отмечено более тяжелое течение заболевания с преобладанием деструктивных форм, что определило и более активную хирургическую тактику. Срок заболевания к моменту поступления при детальном изучении анамнеза также оказывался более значительным, чем у пациентов более старшего возраста. Большинство больных было оперировано в связи с развитием гнойных форм и необходимости санации серозной полости мошонки и декомпрессии яичка. В двух наблюдениях сохранение гонады было невозможным ввиду ее некротического поражения.

Обращает внимание факт, что гнойные осложнения отмечались не в процессе лечения, а имели место уже при поступлении в специализированный стационар (табл. 2).

Таблица 2. Соотношение методов лечения и исходов при эпидидимите у детей различных возрастных групп

Критерий оценки	Новорожденные	Дети 1-3 лет	Дети старше 3 лет
срок заболевания *	49,5 ± 18,1	31,5 ± 9,4	28,3 ± 11,7
кол-во тяжелых форм **	55,5%	41,1%	21,7%
консервативное лечение**	0	32,3%	55,3%
пункционное лечение**	33,3%	46,4%	36,2%
оперативное лечение**	66,7%	21,3%	8,5%
орхэктомии**	22,2%	0	0,75%

Для всех значений $p < 0,05$.

* - значения приведены в часах

** - значения приведены в процентах

Таким образом, видна отчетливая обратная зависимость между возрастом пациентов с одной стороны, тяжестью течения и количеством фатальных для органа исходов с другой.

Травма органов мошонки с повреждением яичка отмечена в пяти наблюдениях. Причиной травмы было травматичное прохождение родовых путей, у 4 (80%) больных отмечено тазовое предлежание и роды крупным плодом. Все дети были госпитализированы в специализированное отделение в первые сутки после травмы (16,5±2,2 часов). В двух случаях имели место разрывы яичка I и III степени, в трех – подкапсульные гематомы. Диагноз был уточнен во всех случаях данными УЗИ, констатировавшие дефект паренхимы и гематоцеле одностороннее. В случаях подкапсульных гематом у двух больных определено скопление крови под капсулой яичка, в одном случае отмечено обеднение кровотока в паренхиме на фоне ее компрессии гематомой, пациент был оперирован в экстренном порядке. Показанием к операции мы считаем разрыв паренхимы (производили ушивание дефекта нитью PDS 6/0) или компрессию гонады гематомой (производили щадящее вскрытие капсулы яичка), во всех случаях операцию завершали дренированием полости мошонки. Гонады удалось сохранить у всех пациентов. Сдавление яичка ущемленной грыжей мы наблюдали у двух пациентов 7 и 12 суток жизни. В обоих случаях диагноз грыжи был установлен только по факту ее ущемления. Срок заболевания составил 17 и 22 часа. Клинически диагноз не вызывал сомнения и был подтвержден ультразвуковым исследованием, выявившим резкое обеднение тестикулярного кровотока, что потребовало

активной хирургической тактики и отказа от консервативного вправления грыжи. В первом случае отмечена транзиторная ишемия яичка вследствие сдавления грыжевым содержимым в паховом канале с отчетливой его жизнеспособностью в процессе декомпрессии и интраоперационного наблюдения. У второго ребенка при длительности заболевания 22 часа при ревизии пахового канала выявлены ишемия (обратимая) петли тонкой кишки и сдавление элементов семенного канатика с некрозом яичка, что потребовало выполнения орхофуникулэктомии. У одного ребенка наблюдали вторичное гематоцеле на фоне травматического гемоперитонеума. В нашем наблюдении родовая травма внутренних органов (разрыв печени) у ребенка пяти часов жизни проявилось падением показателей красной крови, отнесенных на счет сопутствующей соматической перинатальной патологии. Диагноз был установлен по истечении нескольких часов по визуализации двухстороннего гидроцеле и гематомы, распространяющейся на бедра и переднюю брюшную стенку (рис 2). Дальнейшее ультразвуковое обследование уточнило диагноз абдоминальных повреждений и исключило непосредственную травму яичек. От хирургического вмешательства на органах брюшной полости в данном наблюдении пришлось воздержаться ввиду тяжелой сопутствующей патологии (СДР, недоношенность, ВЖК), приведшей к летальному исходу. Выполнена пункция мошонки с двух сторон с эвакуацией суммарно 28 мл жидкой крови. Оставление крови в полости мошонки считаем нежелательным ввиду вероятного развития орхоэпидидимита, вторичного инфицирования и спаечного процесса в серозной полости.



Рисунок 2. Клинический случай вторичного гематоцеле на фоне травматического гемоперитонеума

В целом, в сравнении с результатами лечения синдрома острого заболевания яичка в других возрастных группах отмечаются большие оперативная активность и большая число неблагоприятных исходов с потерей гонады [4,6] (табл. 3).

Таблица 3. Соотношение методов лечения и исходов синдрома ОЗЯ у новорожденных*

Нозологические формы	Оперировано		Потеря гонады	
	Новорожденные	Старшие дети	Новорожденные	Старшие дети
Заворот яичка	100%	100%	81,8%	42%
Тромбоз сосудов СК	100%	0	100%	0
Эпидидимит	66,7%	17,5%	22,2%	0,6%
Травма	60%	7%	0	3%
Сдавление грыжей	100%	0	50%	0
Втор. гематоцеле	100%	0	0	0
Суммарно	72,8%	20,7%	42,3%	7,6%

Для всех значений $p < 0,05$.

* Детально старшую возрастную группу мы не рассматриваем, так как она выходит за рамки данной работы, приводя лишь сравнительные значения.

ВЫВОДЫ

Исходя из анализа литературы и собственного материала считаем: острые заболевания органов мошонки является серьезной патологией, часто приводящей к потере органа и снижению репродуктивного потенциала. Наиболее доступным и информативным методом диагностики, как и в старшем возрасте, остается ультразвуковое исследование с доплерографией. Однако отмечаются значительно большее количество ошибок, многие из которых относятся к дифференциальному диагнозу заворота яичка и тромбоза сосудов семенного канатика с оценкой кровотока в пораженном органе, ввиду низкоскоростного его характера и малого диаметра сосудов, что вызывает необходимость ориентироваться на косвенные данные клиники и УЗИ, а не принимать УЗДГ как золотой стандарт диагностики. Таким образом, использование в комплексе УЗИ и УЗДГ с ориентацией на клинические данные позволяет существенно повысить точность диагностики. В ряде случаев (тромбоз сосудов семенного канатика) ургентная картина развивается на фоне системных транзиторных состояний, соответственно их своевременная коррекция является профилактикой острой патологии со стороны репродуктивных органов. Для воспалительных заболеваний органов мошонки характерен более агрессивный характер течения и большая частота деструктивных форм, что вынуждает к более активной хирургической тактике. В целом течение всех групп заболеваний, входящих в синдром острой мошонки протекает более тяжело и с худшими исходами, что сокращает время для диагностических мероприятий и обосновывает более активную хирургическую тактику. В периоде новорожденности оперируется более 70% пациентов и потерей гонады сопровождается более 40% операций, в то время как в старшем возрасте оперируется несколько более 20%, а органоуносящие операции составляют всего 7,6%. Исходя из анализа материала считаем: улучшение исходов лечения новорожденных с синдромом острой мошонки и сохранение репродуктивного потенциала возможны только при соблюдении следующих организационных и клинических положений.

1. Большая настороженность врачей, работающих с данным контингентом детей на этапе первичного неонатального звена и быстрая перевод в специализированные учреждения (отделения)
2. Только комплексное применение диагностических методов (УЗИ + УЗДГ) в сочетании с клиникой и использование их в сжатые сроки позволяет установить правильный диагноз. На сегодняшний день УЗДГ в отрыве от УЗИ не может являться «золотым стандартом»

оценки жизнеспособности гонады у новорожденного и методом определяющим тактику ведения

3. Несмотря на тенденции консерватизма в лечении синдрома острой мошонки у детей вообще активная хирургическая тактика у новорожденных полностью обоснована и позволяет избежать в ряде случаев некроза яичка и воспалительных осложнений со стороны гонады, приводящих к орхэктомии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абаев, Ю.К. Синдром острой мошонки у новорожденных / Ю.К. Абаев // Медицинские новости. 2007. - № 2. - С.21-25.
2. Biplab, N. Neonatal testicular torsion: a systematic literature review / N. Biplab, L.N. Feilim // *PediatrSurgInt*. 2011. – Vol.27. – P.1037-1040.
3. Zerlin J.M, Testicular infarction in the newborn: ultrasound findings / J.M. Zerlin, M.A. DiPietro, A. Grignon et al. // *PediatrRadiol*. – 1990. - Vol.20. - P.329-30.
4. John, C.M. Neonatal testicular torsion – a lost cause / C.M. John, G. Kooner, D.E. Mathew et al. // *ActaPaediatr*. 2008. - Vol.97. – P.502-504.
5. Yerkes, E.B. Management of perinatal torsion: today, tomorrow or never? / E.B. Yerkes, F.M. Robertson, J. Gitlin et al. // *J.Urol*. 2005. - Vol.174. – P.579-582.
6. Knight, P.J. The diagnosis and treatment of the acute scrotum in children and adolescents / P.J. Knight, L.E. Vassy // *Ann Surg*. 1984. - Vol.200. – P.664-673
7. Клиническая андрология / В.Б. Шилл, Ф. Кохмаира, Т. Харгрива // М.: ГЭОТАР-Медиа. 2011. - С.800.
8. Ehrenkranz, R.A. Partial Exchange Transfusion for Polycythemia Hyperviscosity Syndrome / R.A. Ehrenkranz, M.J. Bizzarro, P.G. Gallagher // *AmJPerinatol*. 2011. - Vol.28(7). - P.557-564
9. Щедров Д.Н. Оптимизация диагностики и лечения острого эпидидимита у детей: Автореф. дис. канд. мед. наук. – М., 2011. – 18 с.
10. Лечебная тактика при острых эпидидимитах у детей / А.Ю. Павлов, Т.Н. Нечаева, Д.Н. Щедров // *Урология*. – 2010 - № 4-С.78-82.

Сведения о рецензентах: ФИО, ученая степень, звание, должность, место работы, город.

УДК 616.62-002.2

Иммуномодулирующая терапия хронического рецидивирующего цистита у женщин

О.С. Стрельцова, В.Н. Крупин
ГБОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия»,
кафедра урологии им. Е.В. Шахова

Изучена роль иммуномодулирующей терапии с целью стимуляции бактерицидных свойств клеток гуморальной защиты нейтрофилов у пациентов, страдающих рецидивирующей инфекцией мочевого пузыря. Выявлено, что включение иммуномодулятора в схему лечения обострений хронического цистита способствует возрастанию *индекса активации фагоцитарного резерва нейтрофилов* и приводит к достоверному уменьшению частоты обострений заболевания после базового и профилактического курсов приема препарата.

Ключевые слова: хронический цистит, лечение, иммуномодуляторы.

Immunomodulatory therapy of chronic recurrent cystitis in women

O.S. Streltsov, V.N. Krupin

The role of immunomodulatory therapy to stimulate bactericidal properties humoral defense cells of neutrophils in patients suffering from recurrent bladder infection. Found that the inclusion of the immunomodulator in the treatment regimen of exacerbations of chronic cystitis contributes to increasing the activation of phagocytic index of neutrophils and reserve leads to a significant decrease in the frequency of exacerbations of the disease after basic and preventive courses of treatment.

Keywords: chronic cystitis, treatment, immunomodulators.

Введение. Рост хронических воспалительных заболеваний нижних мочевых путей у пациенток старших возрастных групп связан в первую очередь с увеличением чувствительности клеток к окислительному стрессу. Эти проблемы

зависят не только от изменений гормонального фона, но и от развития атеросклеротических изменений сосудов [1,2]. Определено, что возрастные изменения фонового метаболизма способны ослабить индукцию острого воспалительного ответа, содействуя выживанию инфекционных агентов в тканях [1].

У здоровых женщин мочевого пузыря обладает значительной резистентностью, которая обусловлена наличием ряда антибактериальных механизмов, постоянно и эффективно действующих - гормонально зависимая выработка защитных мукоидов слизистой оболочкой (гликозаминогликановый слой; секреторный IgA, вырабатываемый лимфоидной тканью подслизистых структур). Кроме того, моча может содержать специфические и неспецифические ингибиторы роста бактерий, иммуноглобулины класса А и G.

Неповрежденный уротелий обладает значительной антиколониционной и фагоцитарной активностью. Гормонзависимая десквамация базальных и парабазальных клеток эпителия в проксимальной уретре, шейке мочевого пузыря у женщин репродуктивного возраста также является защитным механизмом [3]. Степень эксфолиации клеток уретры, адгезировавших микрофлору, у девочек препубертатного периода и у женщин в постменопаузе снижается [4].

Важно, что в большинстве случаев цистит является вторичным, то есть осложняет течение имеющихся заболеваний мочевого пузыря, уретры, почек, половых органов, органов малого таза и др. и характеризующихся вялым рецидивирующим течением, устойчивым к этиотропной терапии. Известно, что при хронических заболеваниях возникает транзиторная дисфункция иммунной системы [4,5,6].

В ранее проведенных нами исследованиях установлено, что у женщин, страдающих хроническим циститом, отклонения в показателях уровня иммуноглобулинов от среднестатистической нормы в сторону повышения или понижения выявлены в 32,1-33,3% [7]. При этом патология желудочно-кишечного тракта имела место у 42% пациенток, заболевания органов женской половой сферы - в 67 % .

Таким образом, тактика лечения рецидивирующей инфекции нижних мочевых путей является многоплановой, требует участия в лечении женщины не только уролога, но и гинеколога, терапевта, гастроэнтеролога. Кроме того, тактика лечения во многом определяется частотой и степенью тяжести обострений, наличием психо-эмоциональных проблем у пациентки, иммунным статусом. Клиническая оценка эффективности комплексного подхода к лечению и профилактике хронических заболеваний мочевого пузыря является перспективным и актуальным направлением исследований.

Цель исследования – оценка эффективности иммуномодулирующей терапии препаратом «тилорон» обострений хронического цистита у женщин.

Задачей исследования было определение эффективности иммуномодулирующего лечения в составе комплексной терапии у пациенток, страдающих хроническим циститом, и сравнение её со стандартной терапией и плацебо путем оценки течения восстановительного периода (наличие рецидивов), динамики показателей иммунограммы и показателей степени выраженности воспалительного процесса в мочевом пузыре на основании клинических и лабораторных данных.

Объектом исследования были 60 женщин в возрасте от 20 до 80 лет (средний возраст 44,1). Длительность заболевания циститом составила в среднем 4,9 года (от 6 месяцев до 40 лет). Группы сравнения пациенток включали по 30 человек. Критерии включения - женщины, с установленным диагнозом хронического цистита в стадии обострения и давностью заболевания не менее 6 месяцев. Включение в исследование было добровольным, с обеспечением прав и защиты пациента. На начальном этапе проведено ознакомление пациенток с целью и условиями исследования. Все подписывали информационное согласие на участие в исследовании.

Больных разделили на 2 группы. Оценка однородности групп проводилась с использованием критерия Манна – Уитни. Группы были

сопоставимы по критериям: средний возраст, длительность воспалительного процесса.

В первую группу (Л) вошло 30 женщин, которым в комплексном лечении рецидивирующего цистита был назначен «тилорон» (таблетки, покрытые оболочкой, содержащие 0,125 г) по схеме - в первые двое суток по 1 таблетке, затем по 1 таблетке через день – на курс 1,25 г, или 10 таблеток), а далее препарат назначали по 1 таблетке 1 раз в неделю в течение 10 недель. На курс профилактического лечения потребовалось 1,25 г препарата - 10 таблеток. Во вторую группу (П) вошло также 30 женщин, получавших в комплексном лечении цистита вместо иммуномодулятора плацебо. Общий срок лечения и наблюдения пациенток обеих групп составил 180 дней.

В процессе наблюдения и лечения каждая пациентка имела 5 визитов к врачу. Всем выполнен сбор анамнестических данных, жалоб, проведено физикальное обследование, стандартное клиническое лабораторное исследование, включая анализ мочи по Нечипоренко, посев мочи на флору с определением чувствительности к антибиотикам, исследование на ИППП, микроскопию мазков, окрашенных по Граму из отделяемого влагалища и уретры. Всем определяли уровень иммуноглобулинов IgG, IgM, IgA, Т, В-лимфоцитов, спонтанную активность фагоцитов, иммунорегуляторный индекс.

При необходимости пациенткам выполняли цистоскопию в начале лечения для уточнения причины затяжного хронического процесса. Из подозрительных зон выполняли щипковые биопсии. Дополнительные диагностические исследования - УЗИ верхних мочевых путей, органов малого таза, рентгенологическое исследование мочевой системы выполняли при наличии патологии верхних мочевых путей в анамнезе.

Обе группы пациенток получали этиотропную и патогенетическую терапию: лечение антибактериальным препаратом фторхинолонового ряда - ципрофлоксацином 500мг 2 раза в день в течение 10 дней, при

необходимости назначали анальгетики, антидепрессанты, антигистаминные препараты, антихолинэргические средства, спазмолитики.

Субпопуляции иммунокомпетентных клеток определяли с помощью мембранной иммуофлуоресценции с использованием моноклональных антител (ООО «Сорбент» г.Москва). У пациенток исследуемых групп определяли НСТ-тест – тест восстановления нитросинего тетразолия (показатель фагоцитарной активности нейтрофилов). Определение иммуноглобулинов А, М, G осуществляли методом радиальной иммунодиффузии в агаре по Манчини.

Критерии эффективности лечения оценивались на основании динамики жалоб пациенток, динамики объективных клинических признаков и лабораторных данных.

Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью пакета Microsoft Excel и программы Statistica 6.0. Различия считали достоверными при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты: Средний возраст женщин, страдающих рецидивирующим циститом, составил 44,1 года, что, несомненно, согласуется с данными литературы о патогенезе развития мочевого инфекции, определяющейся недостатком эстрогенов, а также снижением иммунитета с возрастом. 86,6% пациенток были трудоспособного возраста (до 55 лет), все обращали внимание на проблему социальной неустроенности в связи с болезнью.

Анализ сопутствующей патологии пациенток обеих групп позволил выявить заболевания желудочно-кишечного тракта у 26,6% (n-16), заболевания женских половых органов – у 33,3% (n-20), мочевой системы у 18,3% (n-11) пациенток. При этом у 48,3% (n-29) женщин выявлена 3 степень чистоты влагалища, а у 11,6% (n-7) - 4 степень. Только у 15% (n-9) женщин не зафиксировано сопутствующей патологии.

Анализ лабораторных данных: в 81,6% случаев (n-49) в моче определялось 7 и более лейкоцитов в поле зрения. У 11 женщин на фоне нормального общего анализа мочи были выявлены превышения нормальных

значений в анализе мочи по Нечипоренко и наличие в бактериологическом посеве мочи флоры в концентрации более 10^3 КОЕ /мл.

В начале исследования при посеве флора в моче была выделена в 54 случаях из 60 в диагностическом титре $\geq 10^3$ КОЕ /мл. Чаще всего высевались *E. coli* – 23 случая (42,6%), *St. saprophyticus* – 6 случаев (11,1%) и *St. epidermidis* – 6 случаев (11,1%). В процессе лечения высеваемость бактерий из мочи снижалась в обеих группах. На момент окончания базовой терапии иммуномодулятором (25-ый день наблюдения) в группе Л флора была выделена в 20,7% (6/29), в группе П в 48% (12/25). На 100-ый день наблюдения флора выделена в 13,8% (4/29) и 32% (8/25) случаев соответственно. На 180-ый день наблюдения в каждой группе флора выделена в 3 случаях.

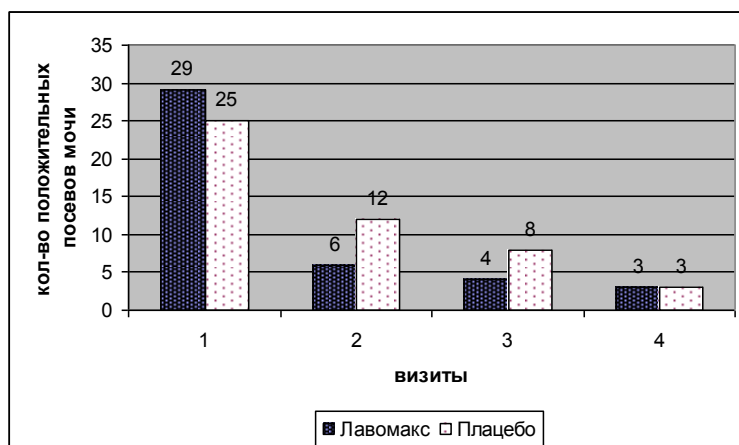


Рис. 1 - Элиминация бактерий из мочи . 1 - 0 визит; 2 - 25 день; 3 - 100 день; 4 -180 день
Ряд 1 –соответствует группе Л, ряд 2- группе П

В результате эрадикация микроорганизмов у больных после окончания профилактического курса приема иммуномодулятора (100-ый день наблюдения) была интенсивнее и составила 86,2% (n-25), по сравнению с пациентами, не получавшими препарат – 68% (n-17). Причем после лечения в группе плацебо в двух случаях была выявлена микст-инфекция.

Одинаковое количество случаев выделения микрофлоры на 180-ый день наблюдения свидетельствует о необходимости повторения профилактических курсов иммуномодулирующей терапии - 2 курса в год.

Клиническая оценка в процессе лечения показала, что достоверного различия в изменении симптоматики между группами обнаружить не удалось, динамика изменений имела сходный характер. Оценка пациентками влияния на компоненты качества жизни (психо-эмоциональный статус) в процессе лечения имела достоверные отличия (степень подверженности мыслям о болезни, изменение интенсивности жалоб в целом, способность мириться с наличием имеющейся клинической картины, быть социально адаптированной).

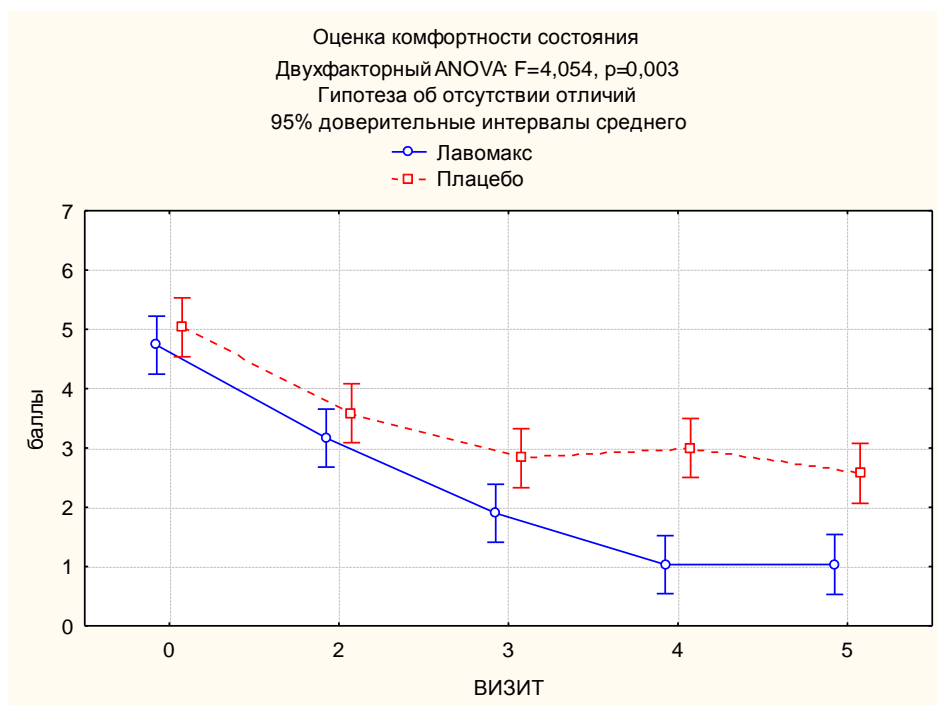


Рис.2 - Динамика оценки качества жизни пациентками в группах сравнения в процессе мониторинга

Параллельность событий в группах наблюдали до 3 визита (25 дней) (рис. 2). Увеличение интенсивности жалоб у пациенток группы П выявлено к 100 и 180 дням в отличие от пациенток гр. Л, которые получали профилактический курс терапии иммуномодулятором до 10 недель.

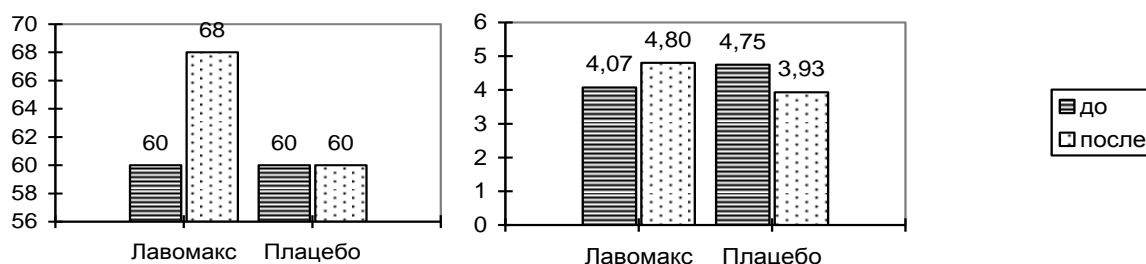
Наряду с клинической оценкой изучалось влияние препарата на иммунореактивность. Особенное положение фагоцитоза и комплемента в процессах неспецифической защиты и иммунологической реактивности

организма подчеркивал Р. В. Петров (1986)[8]. Ключевым моментом функционирования адаптивного иммунитета является представление антигена антиген-презентирующими клетками, в роли которых в абсолютном большинстве случаев выступают дендритные клетки (DC). Дендритные клетки - это высокоспециализированная субпопуляция клеток, основной функцией которых является поглощение, переработка антигена в иммуногенную форму и его презентация в составе главного комплекса гистосовместимости в комбинации с ко-стимулирующими молекулами. В норме для адекватного иммунного ответа необходимо контактное и дистанционное взаимодействие дендритной клетки и Т-хелпера, которое осуществляется группой молекул на мембране клетки. В результате происходит активация Т-хелперов 1 и 2 типов, и соответственно клеточного и гуморального звеньев иммунитета [9]. Известно, что главными эффекторами воспаления являются фагоциты. Нейтрофилы при остром экссудативно-деструктивном течении принимают помощь гуморальных факторов - комплемента и антител, которые усиливают фагоцитарные реакции. Макрофаги же служат эффекторами хронического воспаления с преобладанием пролиферативно-склерозирующего компонента. Причем инфекционный агент способен персистировать внутри макрофага [9]. При выраженном воспалительном процессе количество Т-клеток в организме может уменьшаться.

Состояние врожденного иммунитета мы оценивали по реактивности нейтрофилов в тесте с нитросиним тетразолием (НСТ-тест). Как известно, нейтрофил играет центральную роль в организации экссудативно-деструктивного воспаления, являющегося универсальным механизмом освобождения организма от внеклеточных патогенов. Как эффекторная клетка нейтрофил располагает широким спектром протеаз и может генерировать ряд активных форм кислорода (АФК) с высокой биоцидной активностью. НСТ-тест в спонтанном и стимулированном вариантах дает возможность оценить как базисную продукцию АФК, коррелирующую с выраженностью воспалительного процесса, так и резерв биоцидности по

индексу активации нейтрофилов (ИАН), рассчитанному как отношение показателя стимулированного теста к показателю спонтанного [5,8].

Выявлен достаточный исходный уровень биоцидности нейтрофилов в обеих группах. Однако при включении в схему лечения иммуномодулятора, изученный по анализу НСТ-теста стимулированный показатель фагоцитарного резерва (НСТ-тест-СТ) в группе Л увеличился до 68% по сравнению с 60% в группе сравнения П, где динамики в показателях до и после лечения не отмечено (рис. 3а). После лечения иммуномодулятором ИАН увеличился с 4,07 до 4,8 (рис.3б.) в то время как в контрольной группе он снизился с 4,73 до 3,93, что можно объяснить угнетением функции активности нейтрофилов в процессе традиционной антибактериальной терапии. В свою очередь функциональная недостаточность фагоцитарного звена лежит в основе хронизации воспалительного процесса.



а

б

Рис. 3 - Показатели фагоцитарного резерва нейтрофилов и индекса активации фагоцитоза до и после лечения а) НСТ – стимулированный б) НСТ-тест-СТ/ НСТ-тест-СП

Изучение воздействия иммуномодулятора на Т-клеточное звено иммунитета показало отсутствие существенного влияния иммуномодулирующего препарата на содержание в крови общего количества Т-лимфоцитов (Т3+клетки), однако субпопуляционный анализ продемонстрировал возрастание иммунорегуляторного индекса Тх/Тs (Т4+/Т8+) с 2,11 до 2,35, в то время как в контрольной группе П этот показатель не изменился (рис.4)

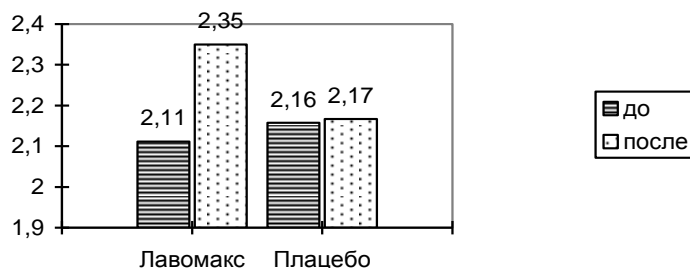


Рис. 4 - Показатели иммунорегуляторного индекса Тх/Тs до и после лечения.

Учитывая «хелперцентрический» характер функционирования иммунной системы, определено, что назначение иммуномодулирующего препарата у больных с рецидивирующей инфекцией нижних мочевых путей благоприятно влияет на иммунореактивность. Статистический анализ выявил достоверные отличия в группах во влиянии на показатели CD4 (Т4+) и НСТ-стимулированный. Также выявлена достоверная положительная динамика по ИАН в группе Л.

Эффекторы гуморального ответа – антитела и Т-лимфоциты воспринимают разную информацию об антигенах, потому выполняют разные функции в противоинфекционном иммунитете. Антитела иммобилизуют/нейтрализуют свободные антигены, не ассоциированные с молекулами главного комплекса гистосовместимости. Считают, что антитела добиваются элиминирующего эффекта в содружестве с фагоцитами и комплементом [10]. Известно, что В-лимфоциты - основа обеспечения гуморального иммунитета. Из них образуются плазмоциты, которые вырабатывают защитный белок иммуноглобулин.

Статистически достоверных изменений в состоянии гуморального иммунитета, который мы оценивали по содержанию в крови трех основных классов иммуноглобулинов - М, G, А не получено.

Обсуждение результатов исследования: У 85% (n-51) больных с рецидивами воспалительных изменений мочевого пузыря имелась та или иная сопутствующая хроническая патология, что могло быть следствием снижения/отклонения от нормы иммунных показателей. Следовательно,

назначение им иммуномодулятора было патогенетически обоснованным. Важно осознавать, что ведущим фактором оценки эффективности проведенной терапии является динамика клинической картины заболевания, лабораторные показатели - вторичны. Лабораторными методами невозможно оценить состояние иммунного статуса, поскольку в крови циркулирует лишь 1,5-3% от всех лимфоцитов, имеющих в организме. Основная масса лимфоцитов сосредоточена в лимфоидных и других тканях. (Е.И. Змушко с соавт., 2001)[4]. В представленном исследовании частота «неудовлетворительного» ответа на терапию к 25 дню лечения достоверно была выше в группе П (5 из 30 по сравнению 14 из 30; $p=0,01$, точный тест Фишера). Частота «выраженного» эффекта соответственно была выше в группе Л ($p<0,01$, точный тест Фишера). К 180 дню наблюдения за пациентами выявлено сохраняющееся различие в частоте ответа на терапию по группам. В группе Л «выраженный» ответ регистрировался у 19 больных, в группе «Плацебо» у 2 ($p<0,01$, точный тест Фишера).

Клиника обострения цистита в период *базового* приема иммуномодулятора возникла у 20% (n-6) пациенток в группе Л, в группе П - у 36,6% (n-11). В период *профилактического* приема иммуномодулятора (в течение 10 недель) обострения зафиксированы лишь у 10% пациенток группы Л (n-3) и у 36,6% (n-11) группы П. ($p<0,01$, точный тест Фишера).

Причем после прекращения приема иммуномодулятора к 180 дню количество рецидивов цистита возросло в обеих группах: в группе Л до 20% (n-6), в группе П до 30% (n-9) (рис.5). Это свидетельствует о необходимости проводить профилактические курсы патогенетического лечения 2 раза в год – весной и осенью, в период максимального риска обострений заболевания.

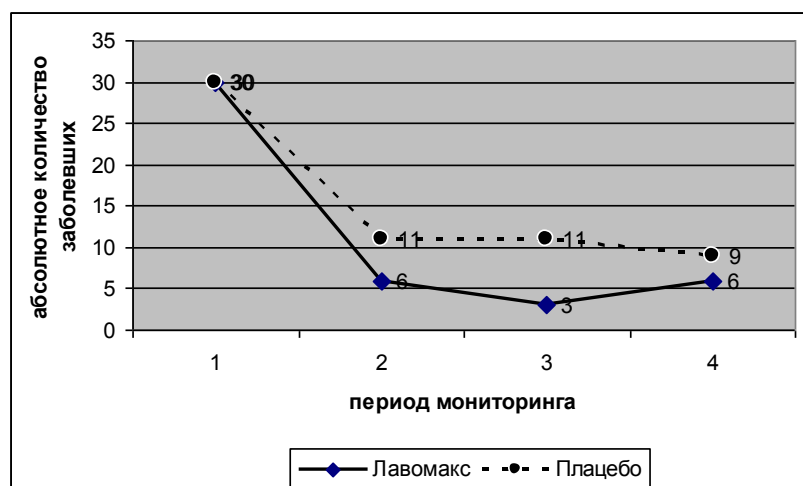


Рис.5 - Динамика обострений цистита в группах:

(1)- исходное состояние, (2)- 25 день - после базового курса лечения , (3)-100 день - после курса профилактического патогенетического лечения группы Л, (4)- 180 день.

Заключение

Таким образом, включение иммуномодулятора в схему лечения рецидивирующей инфекции нижних мочевыводящих путей у женщин патогенетически обосновано, приводит к достоверному уменьшению частоты рецидивов заболевания после базового и профилактического курсов приема препарата. Рецидивы цистита выявлены у 10% пациентов основной и 36,6 % пациентов группы сравнения. Качество жизни и частота «выраженного» эффекта оказались выше у пациентов, получающих иммуномодулятор ($p < 0,01$, точный тест Фишера). Иммуномодуляция должна быть обязательным компонентом лечения больных хроническим циститом с повышенным риском развития нового эпизода заболевания. Включение иммуномодулятора в состав комплексной терапии способствует возрастанию *индекса активации фагоцитарного резерва нейтрофилов*, позволяет с большей частотой добиться эрадикации инфекционного агента, приводит к достоверному уменьшению частоты обострений заболевания во время и после терапии, улучшает оценку компонентов качества жизни женщин, страдающих рецидивирующим циститом.

Литература:

- 1.Шварцбурд, П.М. Хроническое воспаление повышает риск развития эпителиальных новообразований, индуцируя предраковое микроокружение: анализ механизмов дисрегуляции. Вопросы онкологии. 2006; Т. 52, № 2: 137-144.
- 2.Переверзев А.С.Инфекции в урологии. Харьков, «Факт». 2006; 351.
- 3.Росихин В.В., Бухмин А.В. Цистит. Харьков. 2005; 124.
- 4.Змушко ЕИ, Белозеров ЕС, Минин ЮА, Клиническая иммунология «Питер» Санкт-Петербург. 2001; 574.
- 5.Ройт А. Основы иммунологии издательство. М. «Мир»: 1991; 327.
- 6.Богданов М.Б., Черненькая Т.В. Алгоритм и организация антибиотикотерапии. М: Издательский дом Видар. М: 2004;216.
- 7.Стрельцова О.С., Тарарова Е.А., Киселева Е.Б. Лавомакс в комплексном лечении хронического цистита. Урология.2008; 5:19-23.
- 8.Маянский А.Н. Механизм противoinфекционного иммунитета. Нижний Новгород. Полиграфический участок Ниж ГМА.1998;31.
- 9.Иммунология и аллергология: учебное пособие для студентов медицинских вузов/под ред. А.А. Воробьева, А.С. Быкова, А.В. Караулова.М.: Практическая медицина.2006;288.
- 10.Филиппович С.В., Московенко Н.В., Новиков С.Б., Генне Г.А. Цистит у женщин. Б. Безнощенко (ред). М: Медицинская книга, Н. Новгород: Изд-во НГМА, 2004; 44.

С.А. Низомов¹, Д.П. Холтобин¹, А.В. Соколов²

Особенности отведения мочи у больных после тазовой эвисцерации

(обзор литературы)

¹Новосибирский государственный медицинский университет

²МБУЗ ГКБ № 1

Введение.

Несмотря на успехи онкохирургии в нашей стране, тазовая эвисцерация (ТЭ) как метод противораковой борьбы недооценен, что обусловлено не только разумным консерватизмом, но и недостаточным обсуждением современного состояния проблемы [5].

Тотальная тазовая эвисцерация выполняется при первичном или рецидиве рака шейки матки, прямой кишки, влагалища, тела матки, кастрационно-резистентном раке предстательной железы, мочевого пузыря и при тазовой саркоме. Местно-распространенные тазовые опухоли без отдаленных метастазов могут вызывать серьезные местные осложнения: боль, расстройства мочеиспускание и проблемы дефекации, резко снижая качество жизни. Радикальная хирургия часто является единственной возможностью для полной резекции, тем самым пытаясь обеспечить локальное управление и временное облегчение. Пятилетняя выживаемость после тазовой эвисцерации для пациентов с первичной опухолью колеблется от 32% до 66% ,и у пациентов с рецидивом опухоли от- 0% до 23% . [11]

Выживаемость при рецидивных опухолях является спорной. Операции носят зачастую паллиативный характер. Но эти операции позволяют избавлять пациентов от боли, кровотечения и прочих страданий, которые причиняет опухоль. Эти операции должны быть безопасными, с минимальным количеством осложнений для пациентов с ограниченной ожидаемой продолжительностью жизни[28].

До сих пор распространено мнение о ТЭ как исключительно калечащей операции с последующим выпадением из социума и потенциально плохими шансами длительной выживаемости. Часто пациенты с удалимыми опухолями не могут рассчитывать на хирургическое лечение лишь из-за отсутствия практики выполнения ТЭ в лечебном учреждении. В последние годы операция ТЭ получила свое дальнейшее развитие, тщательный отбор больных на ТЭ позволяет обеспечить выживаемость, сравнимую с выживаемостью при других радикальных онкологических операциях, поэтому ТЭ должна входить в стандарт оказания

помощи в крупных онкологических центрах. Роль ТЭ в лечении больных с местно-распространенными и рецидивными опухолями малого таза нуждается в пересмотре [5].

Удаление органов малого таза с опухолью.

Местно-распространенная опухоль (МРО) малого таза – неподвижная или ограниченно подвижная опухоль, исходящая из органов и тканей малого таза, не имеющая отдаленных метастазов, прорастающая все слои стенки органа-первоисточника (прямая кишка, мочевого пузыря, внутренние половые органы) с вовлечением в опухолевый процесс или воспалительный инфильтрат соседних органов и тканей, с возможным образованием свищей или гнойных полостей [11].

Полное удаление опухоли – наиболее важный прогностический фактор при хирургии опухолей таза. При МРО и рецидивных опухолях малого таза (РОМТ) достичь отрицательного края резекции сложно из-за тесной связи с прилежащими органами и структурами. Тотальная тазовая эвисцерация (ТТЭ) – операция, применяемая при МРО и РОМТ, включает в себя удаление единым блоком прямой кишки, мочевого пузыря и внутренних тазовых органов (простата, семенные пузырьки у мужчин; матка, влагалище, придатки у женщин). ТТЭ сопровождается значительным уровнем осложнений, но хороший местный контроль и значительная общая выживаемость делает эти вмешательства обоснованными у многих пациентов с распространенными и рецидивными опухолями, особенно при первичном распространенном раке прямой кишки и рецидиве рака шейки матки [29].

Guimarães et al. наблюдали 13 пациентов, у которых ТЭ выполнялась изначально с паллиативной целью из-за наличия отдаленных метастазов или врастания в стенку таза. Пациенты были с кровотечением, свищем, зловонным отделяемым из влагалища и некупируемой болью. Уровень осложнений был 38,4%. Среднее время наблюдения было 8 месяцев. 2-х летняя выживаемость была 15,4%. Шесть пациенток прожило более 5 месяцев, три - более 1 месяца. Операция привела к купированию симптомов и улучшению качества жизни. Две пациентки были живы дольше: 26 и 28 месяцев – наблюдение продолжено. Авторы делают выводы о том, что паллиативная ТЭ – операция с высоким уровнем осложнений и летальностью, но надо отбирать пациентов для улучшения результатов лечения, наряду с этим при ТЭ симптомы купируются [22].

Ретроспективный анализ ТЭ, выполненных в течение 45 лет (1956-2001), показал, что рецидив и персистенция рака шейки матки (67) и матки (8) были у 75 пациенток. 46 пациенткам была выполнена тотальная ТЭ, 23 – передняя, 6 – задняя. 69

пациенткам было произведено отведение мочи или неоцистис. 54 (72%) выполнена неовагинопластика, 43 из 52 (83%) были подвергнуты низкой передней резекции прямой кишки с реанастомозом. 29 пациенток умерло от прогрессирования заболевания, 28 живы без признаков прогрессирования, 11 живы с рецидивом заболевания, 7 умерло от иных причин. Выживаемость пациентов с раком шейки или влагалища была 73% в течение 1 года, 62%- 3 года и 5 лет. Ранними осложнениями были инфекция мочевых путей, раневая инфекция, кишечные свищи. Более поздними осложнениями были инфекция мочевых путей и кишечная обструкция. Verek et al., делают выводы, что ТЭ при рецидивах связана с более 50% 5-летней выживаемостью, симультанные реконструктивные операции позволяют восстановить качество жизни, а также у пациенток моложе 55 лет должны выполняться тазовые экзисцирации при рецидивах [15].

Существующие в онкологии неоперативные методы лечения больных крайне редко приводят к выздоровлению от злокачественных новообразований органов малого таза[3,8]. Химиотерапия рака нижних отделов толстой кишки, мочевого пузыря и внутренних половых органов относится к числу сравнительно молодых разделов онкологии, и ее достижения остаются весьма скромными [11].

Проведение химиотерапии препаратами платины (цисплатин 80 мг/м²+S1) позволило добиться частичного ответа у 50% пациентов и стабилизации у 10%. При этом частота побочных эффектов 3-4 стадии высока[43].

На сегодняшний день все еще возникают споры по поводу значения возраста и типа деривации мочи у пациентов при ТЭ. Радикальная операция способствует значительному снижению риска возникновения смерти, как связанной с заболеванием, так и не связанной с ним, у больных в возрасте > 80 лет [3].

Выявлено, что выполнение ТЭ у больных в возрасте > 80 лет сопровождается увеличением числа осложнений, однако повышения смертности при этом не зафиксировано. Ряд пациентов этой группы в дальнейшем с успехом подверглись выполнению процедуры по созданию неоцистиса, но большинству больных было проведено формирование подвздошного кондуита [8].

Роль тазовой экзисцирации в лечении постлучевых рецидивов рака шейки матки.

В структуре смертности населения России злокачественные новообразования занимают второе место (15,0%) после болезней сердечно-сосудистой системы (55,9%), опередив травмы и отравления (10,4%). Удельный вес злокачественных

новообразований в структуре смертности мужского населения составил 15,5%, женского – 14,5%. Существенна роль рака шейки матки и яичника как причины смерти женщин моложе 30 лет (9,7 и 4,1% соответственно) [25].

Рак шейки матки – занимает 3-е место по заболеваемости и 4-й среди причин смерти от рака среди женщин в мире, несмотря на улучшение программ скрининга, которые зачастую позволяют диагностировать заболевание на преинвазивной стадии и снижают частоту распространенных стадий рака шейки матки[26].

Описан случай рецидива рака шейки матки после лапароскопической гистерэктомии, выполненной по поводу лейомиомы матки. Заболевание проявилось дизурией, urgenностью, учащенным мочеиспусканием, болью в низу живота и затем появилась боль в поясничной области. При рутинном обследовании был заподозрен интерстициальный цистит вследствие послеоперационного фиброза. Проводилось лечение пентозана сульфатом (Элмирон), уменьшившее выраженность симптомов, но затем вырос гидронефроз, потребовавший установки стента, возникло влагалищное кровотечение, была выполнена биопсия свода влагалища и была диагностирована аденокарцинома влагалища. Была выполнена ТЭ с колоректальным анастомозом и двусторонней уретерокутанеостомией. Были пересмотрены оригинальные стекла, диагностирован рецидив рака шейки матки. Через 1 месяц была начата химиотерапия паклитакселом и карбоплатином. Больная умерла через 7 месяцев после операции. Oh JK et al., рекомендуют после гинекологических операций при появлении дизурии пересматривать первоначальные стекла [32].

Известно, что после введения химиотерапии в комбинацию с лучевой терапией результаты лечения больных с распространенным раком шейки матки улучшились, но все еще остаются неутешительными. Tummers P, Makar A и др., применяли также комплексную терапию, дополненную введением цисплатина и затем при наличии анатомических условий оперировали пациенток. В группу включена 41 пациентка, из них у 34 выполнена операция Вертгейма с тазовой лимфаденэктомией и у 7 - брахитерапия. 3-х летняя общая и раковоспецифическая выживаемость была соответственно 63 и 74%. В группе оперированных больных она составила 81 и 91% . Таким образом необходимо дополнять химиолучевую терапию последующим оперативным лечением[38].

Описана серия лапароскопических ТЭ при рецидиве гинитального рака. Было оперировано 5 пациенток с центрально расположенным рецидивом рака шейки матки в срок от 3 до 13 месяцев от окончания первичного лечения. ТТЭ у 2 пациенток с

выполнением колостомы и уретероилеокутанеостомы. Задняя ТЭ у 1 больной и у 2 больных была выполнена передняя ТЭ с подвздошным кондуитом и у одной гетеротопический мочевой пузырь (по Майнц-Паучу). Время выполнения операции от 4-30 минут до 9 часов. Объем кровопотери 370 мл. 3 пациенток умерло от генерализации. 2 больных живы в сроки от 11 до 15 месяцев [39].

Техника выполнения и объем операции.

В плане максимальных объемов хирургического вмешательства при местно-распространенных опухолях органов малого таза такие термины, как экзэнтерация, пельвэктомия, проктоцистэктомия, не отражает объема операции. Более предпочтительным является термин «эвисцерация». Эвисцерация (висцерэктомия) таза тотальная – полное моноблочное удаление всех органов малого таза (прямой кишки, матки с придатками и влагалища, мочевого пузыря у женщин; прямой кишки, мочевого пузыря, предстательной железы, семенных пузырьков у мужчин) [16].

В иностранной литературе существует разделение эвисцерации на переднюю, заднюю и тотальную. Эта классификация создана и применяется у гинекологических больных, чаще всего при раке шейки матки и верхней трети влагалища [16]:

- Передняя ТЭ – удаление мочевого пузыря, уретры, влагалища, матки, всех прилегающих тканей вплоть до стенки малого таза, включая ткани запирающих ямок. Толстый кишечник и прямая кишка остаются интактными.
- Задняя ТЭ – удаление матки, маточных труб, яичников, сигмовидной и прямой кишки, а также параметральных тканей между маткой и стенкой таза. Интактным остается мочевой пузырь.
- Тотальная ТЭ – состоит в удалении всех органов малого таза. При этом возможно оставление культи прямой кишки.

В.И. Широкоград [11] в своей монографии по хирургическому лечению МРО малого таза разделяет ТЭ на:

- Супралевакторная (наддиафрагмальная) ТЭ – полное моноблочное удаление всех органов малого таза выше тазовой диафрагмы (прямой кишки, матки с придатками и влагалища, мочевого пузыря у женщин; прямой кишки, мочевого пузыря, возможно с резекцией или удалением предстательной железы, семенных пузырьков у мужчин).
- Инфралевакторная эвисцерация таза – полное моноблочное удаление всех органов малого таза, включающее удаление леваторов.

- Паллиативная операция – это операция при наличии отдаленных метастазов (даже при их удалении), в том числе и операция, когда основной очаг не удаляется, а формируются лишь стомы или обходные анастомозы.

В настоящее время показания, противопоказания, техника выполнения, адьювантная терапия после ТЭ остаются противоречивыми и являются поводом для обсуждения в среде смежных специалистов. По данным современной литературы основным показанием является центрально расположенный рецидив рака шейки матки или продолженный рост. Хирургическое стадирование опухолевого процесса выполняется в США в 61% случаев, в Германии - в 32%. В США ТЭ не выполняется у пациентов со стадией по FIGO 4A. При наличии свища (пузырного или ректального) ТЭ выполняется в 29% случаев в США и в 61% - в Германии. Существует консенсус о проведении адьювантной химиотерапии при наличии положительных лимфатических узлов и/или положительного края [15].

При проведении ретроспективного анализа данных 153 больных с прямыми показаниями к выполнению радикальной операции при местно-распространенных опухолях органов малого таза установлено, что задержка в осуществлении операции более чем на 90 дней приводит к статистически значимому повышению частоты развития отдаленных метастазов (81 % против 52 %). Задержка в выполнении тазовой экзисцерации влияет не только на результат лечения, но и на выбор вида деривации мочи [5,6].

Ретроспективные исследования 13 случаев тазовой экзисцерации с января 2002 года по декабрь 2011 в Таиланде показали, что среднее время от первичного лечения до операции составляет 30,8мес. Среднее время операции было 532 минуты: от 270 до 750 минут. Средняя кровопотеря 2830 мл: от 1000 до 8000 мл. Средний размер опухоли 7,33 см (от 4 до 15 см). Средний срок послеоперационного пребывания - 35,2 дня. Наиболее частым осложнением была инфекция мочевых путей (46.2% случаев). Пациенты R0 (30.8% случаев – 4 человека) жили закономерно дольше пациентов с R1 операцией [33].

Опыт наблюдения за 203 случаями показал, что благоприятными факторами прогноза являются операции при отрицательных лимфатических узлах, отрицательном хирургическом крае, врастании в стенки таза и радикальное вмешательство. 5-летняя выживаемость достигает 40%. Пациенты после операции наблюдались и опрашивались по телефону. Оперировано 203 пациента по поводу местно-распространенного рака и рецидивного рака шейки матки всего 133 человека, рака эндометрия - 26 человек, рака

влагалища - 23 человека, рака вульвы - 10 человек, рака яичника - 11 человек. Исходно у 13,4% пациенток операция выполнялась с паллиативной целью. Было произведено 91 ПТЭ, задняя - 45, тотальная - 67. Предоперационная химиолучевая терапия в 53% наблюдений, в том числе в 11,8% - неоадьювантная. Среднее время операции было 8,1 час, использовалось в среднем 5,6 пакетов крови. Микроскопически R0 была достигнута у 69 пациентов. Периоперационная летальность составила 1%. 5-летняя общая выживаемость у пациентов с радикальным вмешательством составила 21%, при этом в группе R0 - 32% случаев, 42% пациентов радикально оперированных без вовлечения лимфатических узлов и стенки таза [18].

Похожие результаты получены при проведении анализа данных 247 больных, в ходе которого были зарегистрированы значительно лучшие показатели безрецидивной и общей выживаемости у пациентов, получивших лечение в срок 90 дней, по сравнению с больными, которым лечение было проведено через более длительный период времени [19].

Тазовая эвисцерация подразумевает выполнение регионарной лимфодиссекции. Солидное число работ посвящено объему лимфаденэктомии. Что касается клинического значения этих результатов, то они довольно противоречивы. В ретроспективных исследованиях, посвященных выполнению расширенных лимфаденэктомий (удаление запирательных, внутренних, наружных и общих подвздошных лимфатических узлов, пресакральных и лимфатических узлов в области бифуркации аорты), отмечено улучшение выживаемости у больных местнораспространенными опухолями органов малого таза. Однако терапевтическое значение лимфодиссекции по-прежнему остается невыясненным, стандарты ее также пока не определены [21,23, 24].

Методы деривации мочи.

В.И. Широкоград считает, что с учетом анатомической точки зрения после выполнения тазовой эвисцерации существует 3 альтернативных подхода [11]:

- наружное отведение на переднюю брюшную стенку (уретерокутанеостомия), подвздошно-кишечный или толстокишечный резервуар и различные формы удерживающего резервуара;
- отведение через мочеиспускательный канал, которое включает различные варианты гастроинтестинальных резервуаров, соединяемых с мочеиспускательным каналом, ортотопическое отведение мочи (неоцистис, ортотопическая замена мочевого пузыря);

- отведение мочи в прямую или сигмовидную кишку, например уретеро(илео)ректостомия.

Для осуществления реконструкции мочевыводящих путей используют различные сегменты пищеварительного тракта, в том числе желудок, подвздошную, толстую кишку и аппендикулярный отросток [2,6]. В ряде исследований сравнивали некоторые аспекты качества жизни, такие как сексуальная функция, удержание мочи и внешний вид, при различных способах отведения мочи. Тем не менее, необходимо проведение дальнейших исследований, посвященных изучению предоперационной стадии опухоли и функционального статуса, социально-экономического статуса, времени до выполнения операции [20].

Подготовка к хирургической операции.

Для проведения тазовой эвисцерации необходимо выполнение точно таких же подготовительных процедур, как и при других полостных операциях. В случае использования для отведения мочи участков желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) следует, прежде всего, определить их длину/размер и патофизиологические свойства при накоплении мочи [3,1,7].

Несмотря на осуществление резекции ЖКТ и наложение анастомоза, не обязательно проводить очистку кишечника перед операцией [3,8]. Более того, время восстановления ЖКТ удалось сократить благодаря раннему началу двигательных упражнений и приема пищи, а также стимуляции ЖКТ при помощи метоклопрамида и жевательной резинки [3,9].

Пациентов, подвергшихся операции по отведению мочи, необходимо побуждать к изучению информации о методе отведения и обучать практическому использованию этого метода.

Противопоказаниями к применению более сложных способов деривации мочи служит наличие:

- тяжелых неврологических и психических расстройств;
- неблагоприятного прогноза для жизни;
- нарушений функции печени или почек;
- переходно-клеточного рака края мочеиспускательного канала или других краев резекции.

Относительными противопоказаниями, специфичными для создания ортотопического неоцистиса, являются получение высоких доз предоперационной

лучевой терапии, возникновение стриктуры мочеиспускательного канала и тяжелой несостоятельности уретрального сфинктера [11,4,2].

Уретерокутанеостомия.

Выведение мочеточников на переднюю брюшную стенку – наиболее простой способ наружного отведения. Эта процедура считается безопасной, поэтому ее выполнение является предпочтительным у пожилых больных или пациентов, имеющих противопоказания к использованию других методов, при необходимости осуществления суправезикального отведения мочи [4,3,11].

Тем не менее ряд исследователей доказали возможность применения альтернативных способов влажного и сухого вариантов деривации мочи, включая создание ортотопического неоцистиса у тщательно отобранных пожилых больных [4].

Технически возможно выполнение как трансуретеро-уретерокутанеостомии (один мочеточник, который короче, анастомозируется с другим, последний уже выводится на переднюю брюшную стенку), так и выведение обоих мочеточников напрямую на переднюю брюшную стенку. В связи с небольшим диаметром конца мочеточника стеноз выходного отверстия наблюдается чаще, чем при кишечных стомах [2].

В недавнем ретроспективном сравнении короткого и среднего (16 мес) периодов наблюдения частота осложнений, связанная с деривацией мочи, была достоверно ниже при выполнении уретерокутанеостомии по сравнению с таковой при формировании подвздошно- или толстокишечного резервуара. Тем не менее, несмотря на небольшое число доступных сравнительных данных, на основании более ранних результатов и клинического опыта можно предположить более частое развитие стриктур на уровне кожи и восходящую инфекцию мочевыводящих путей после создания подвздошно-кишечного резервуара [30].

В ретроспективном исследовании, в котором сравнивали различные формы кишечной деривации мочи, при создании подвздошно-кишечного резервуара зафиксировано меньшее количество поздних осложнений по сравнению с таковым при комбинированном абдоминальном резервуаре или ортотопическом мочевом пузыре [34].

Подвздошно-кишечный резервуар (конduit).

Еще одним методом деривации мочи служит формирование подвздошно-кишечного резервуара с хорошо известными предсказуемыми результатами. Тем не менее, практически у 48 % больных развиваются ранние осложнения, включающие инфекции мочевыводящих путей, пиелонефрит, несостоятельность анастомоза,

наложенного между мочеточником и подвздошной кишкой, стенозы [29].

Среди наиболее распространенных поздних осложнений выделяют осложнения со стороны анастомоза (до 24 % случаев), а также функциональные и морфологические изменения верхних отделов мочевыводящих путей (до 30 % случаев) [31].

В Бернском исследовании 131 больного со временем наблюдения минимум 5 лет (медиана наблюдения – 98 мес.) повышение частоты развития осложнений отмечалось при увеличении периода наблюдения: уровень осложнений повысился с 45 % на 5-м году наблюдения до 94 % – при наблюдении в течение > 15 лет. В последней группе у 50 и 38 % больных зафиксировано появление изменений мочевыводящих путей и уролитиаза соответственно [31, 42].

Мочеточнико-толстокишечная деривация.

Наиболее старым и распространенным методом отведения мочи является создание рефлюксного (в дальнейшем предложен антирефлюксный) соединения мочеточников и целостного ректосигмоидного сегмента – уретеро(ректо)сигмостомия [37]. В связи с наличием высокого риска развития инфекций мочевыводящих путей и рака сигмовидной кишки большинство показаний к выполнению данной процедуры устарело. Частые случаи дефекации и острое недержание явились дополнительными побочными эффектами, вызванными выполнением данного метода отведения мочи. Однако возникновения данных осложнений можно избежать при помощи осуществления интерпозиции сегмента подвздошной кишки между мочеточниками и сигмовидной кишкой, что приводит к уменьшению или полному исключению прямого контакта уротелия, слизистой оболочки толстой кишки с калом и мочой [40].

Список литературы

1. Бондарь Г.В., Звездин В.П., Лазур А.И. Радикальные и паллиативные комбинированные операции в хирургическом лечении рака прямой кишки // Хирургия. – 2008. - №4. – С. 58-61.
2. Гоцадзе Д.Т., Немсадзе Г.Г., Данелия Е.В. и др. Современные возможности хирургической реабилитации больных после эвисцерации органов малого таза // Вопр. Онкологии.- 2008.- Т.40. – С. 359-363.
3. Давыдов М.И., Одарюк Т.С., Нечушкин М.И. и др. Тактика оперативного лечения при местно-распространенных опухолях органов малого таза с поражением мочевого пузыря // Онкоурология.-2009. - №2.-С.26-30.
4. Даренков С.П., Самсонов Ю.В., Чернышев И.В и др. Качество жизни больных инвазивным раком мочевого пузыря после радикальной цистэктомии // Онкоурология.-2009.-№3.-С.25-29.
5. К.А. Ильин, А.В. Замятин Роль тазовой эвисцерации в лечении постлучевых рецидивов рака шейки матки на современном этапе (обзор литературы). Онкогинекология № 1'2013, стр. 43-52.
6. Ким Ф.П. Современные подходы к комбинированному и комплексному лечению больных местно-распространенным раком прямой кишки: Автореф. Дис.... Д-ра мед. Наук. – М., 1995. – 42с.
7. Лихтер М.С., Одарюк Т.С., Марков В.Б. Субтотальная резекция мочевого пузыря у больных с местно-распространенным колоректальным раком // тез. IX Рос. Онкол. Конгр.-М.,2007.-С.196.
8. Одарюк Т.С., Воробьев Г.И., Шелыгин Ю.А. Хирургия рака прямой кишки.- М., 2009. – 255с.
9. Роман Л.Д., Костюк И.П., Шостка К.Г. и др. Хирургическое лечение местно-распространенного рака толстой кишки // Тез. IX Рос. Онкол. Конгр.- М., 2010.- С. 195-196.
10. Шаплыгин Л.В., Ситников Н.В., Фурашов Д.В. и др. Кишечная пластика при раке мочевого пузыря // Онкоурология. – 2008. - №4. – С. 25-29.
11. Широкоград В.И. Хирургическое лечение местно-распространенных опухолей органов малого таза //.-М.:ОАО Издательство «Медицина», Издательство «Шико», 2008.-192с.
12. Abol-Enein H, Ghoneim M.A. Functional results of orthotopic ileal neobladder

with serous-lined extramural ureteral reimplantation: experience with 450 patients. *J Urol* 2011 May;165(5):1427–32.

13. Azimuddin K, Khubchandani IT, Stasik JJ, et al. Neoplasia after ureterosigmoidostomy. *Dis Colon Rectum* 2009 Dec;42(12):1632–8.

14. Benson MC, Olsson CA. Continent urinary diversion. *Urol Clin North Am* 2009 Feb;26(1):125–47, ix.

15. Berek JS, Howe C, Lagasse LD, Hacker NF. Pelvic exenteration for recurrent gynecologic malignancy: survival and morbidity analysis of the 45-year experience at UCLA. *Gynecol Oncol*. 2005 Oct;99(1):153-9.

16. Brunschwig A. Complete excision of pelvic viscera for advanced carcinoma: a one stage abdominoperineal operation with end colostomy and bilateral ureteral implantation into the colon above the colostomy // *Cancer*. – 1948. – Vol. 1, N1.- P. 177-183.

17. Deliveliotis C, Papatsoris A, Chrisofos M, et al. Urinary diversion in high-risk elderly patients: modified cutaneous ureterostomy or ileal conduit? *Urology* 2009 Aug;66(2):299–304.

18. Ferenschild FT, Vermaas M, Verhoef C, Ansink AC, Kirkels WJ, Eggermont AM, de Wilt JH. Total pelvic exenteration for primary and recurrent malignancies. *World J Surg*. 2009 Jul;33(7):1502-8.

19. Fleisch MC, Pantke P, Beckmann MW, Schnuerch HG, Ackermann R, Grimm MO, Bender HG, Dall P. Predictors for long-term survival after interdisciplinary salvage surgery for advanced or recurrent gynecologic cancers. *J Surg Oncol*. 2007 May 1;95(6):476-84.

20. Gerharz EW, Månsson A, Hunt S, et al. Quality of life after cystectomy and urinary diversion: an evidence based analysis. *J Urol* 2011 Nov;174(5):1729–36.

21. Gerharz EW, Turner WH, Kälble T, et al. Metabolic and functional consequences of urinary reconstruction with bowel. *BJU Int* 2009 Jan;91(2):143–9.

22. Guimarães GC, Baiocchi G, Ferreira FO, Kumagai LY, Fallopa CC, Aguiar S, Rossi BM, Soares FA, Lopes A. Palliative pelvic exenteration for patients with gynecological malignancies. *Arch Gynecol Obstet*. 2011 May;283(5):1107-12.

23. Hautmann RE, Volkmer BG, Schumacher MC, et al. Long-term results of standard procedures in urology: the ileal neobladder. *World J Urol* 2008 Aug;24(3):305–14.

24. Hobisch A, Tosun K, Kinzl J, et al. Life after cystectomy and orthotopic neobladder versus ileal conduit urinary diversion. *Semin Urol Oncol* 2010 Feb;19(1):18–23.

25. Jemal A, Bray F, Center MM, Ferlay J, Ward E, Forman D. Global cancer statistics. *CA Cancer J Clin*. 2011;61:69-90.

26. Jeong BK, Huh SJ, Choi DH, Park W, Bae DS, Kim BG. Prognostic value of different patterns of squamous cell carcinoma antigen level for the recurrent cervical cancer. *Cancer Res Treat.* 2013 Mar;45(1):48-54.
27. Jonsson O, Olofsson G, Lindholm E, et al. Long-time experience with the Kock ileal reservoir for continent urinary diversion. *Eur Urol* 2011 Dec;40(6):632–40.
28. Kälble T, Busse K, Amelung F, et al. Tumor induction and prophylaxis following different forms of intestinal urinary diversion in a rat model. *Urol Res* 2008;23(6):365–70.
29. Kilciler M, Bedir S, Erdemir F, et al. Comparison of ileal conduit and transureteroureterostomy with ureterocutaneostomy urinary diversion. *Urol Int* 2008;77(3):245–50.
30. Leissner J, Black P, Fisch M, et al. Colon pouch (Mainz pouch III) for continent urinary diversion after pelvic irradiation. *Urology* 2010 Nov;56(5):798–802.
31. Madersbacher S, Schmidt J, Eberle JM, et al. Long-term outcome of ileal conduit diversion. *J Urol* 2013 Mar;169(3):985–90.
32. Oh JK, Kim KH. Why are recurrent cervical cancers of the pelvic stump misdiagnosed as interstitial cystitis?: The urologist's point of view based on a case report. *Can Urol Assoc J.* 2013 May;
33. Oranratanaphan S, Termrungruanglert W, Sirisabya N. Characteristics of gynecologic oncology patients in king chulalongkorn memorial hospital -complications and outcome of pelvic exenteration. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2013;14(4):2529-32.
34. Pycha A, Comploj E, Martini T, et al. Comparison of complications in three incontinent urinary diversions. *Eur Urol* 2008;54:825–32.
35. Stein JP, Dunn MD, Quek ML, et al. The orthotopic T pouch ileal neobladder: experience with 209 patients. *J Urol* 2008 Aug;172(2):584–7.
36. Tashiro J, Yamaguchi S, Ishii T, Suwa H, Kondo H, Suzuki A, Miyazawa M, Koyaman I. Salvage total pelvic exenteration with bilateral v-y advancement flap reconstruction for locally recurrent rectal cancer. *Case Rep Gastroenterol.* 2013 Mar 23;7(1):175-81.
37. Thoeny HC, Sonnenschein MJ, Madersbacher S, et al. Is ileal orthotopic bladder substitution with an afferent tubular segment detrimental to the upper urinary tract in the long term? *J Urol* 2012 Nov;168(5):2030–4.
38. Tummers P, Makar A, Vandecasteele K, De Meerleer G, Denys H, De Visschere P, Delrue L, Villeirs G, Lambein K, den Broecke RV. Completion surgery after intensity-modulated arc therapy in the treatment of locally advanced cervical cancer: feasibility,

surgical outcome, and oncologic results. *Int J Gynecol. Cancer.* 2013 Jun;23(5):877-83.

39. Uzan C, Rouzier R, Castaigne D, Pomel C. Laparoscopic pelvic exenteration for cervical cancer relapse: preliminary study. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris).* 2006 Apr;35(2):136-45.

40. Wiesner C, Bonfig R, Stein R, et al. Continent cutaneous urinary diversion: long-term follow-up of more than 800 patients with ileocecal reservoirs. *World J Urol* 2008 Aug;24(3):315–8.

41. Wiesner C, Stein R, Pahernik S, et al. Long-term followup of the intussuscepted ileal nipple and the in situ, submucosally embedded appendix as continence mechanisms of continent urinary diversion with the cutaneous ileocecal pouch (Mainz pouch I). *J Urol* 2009 Jul;176(1):155–60.

42. Wood DN, Allen SE, Hussain M, et al. Stomal complications of ileal conduits are significantly higher when formed in women with intractable urinary incontinence. *J Urol* 2010 Dec;172(6 Pt 1):2300–3.

43. Yunokawa M, Katsumata N, Yamamoto H, Kodaira M, Yonemori K, Shimizu C, Ando M, Tamura K, Fujiwara Y. A pilot feasibility study for cisplatin plus S-1 for the treatment for advanced or recurrent cervical cancer.// *Cancer Chemother Pharmacol.* 2013 May;71(5):1369-74.

Глава I

Жаров Л.В.

Тищенко Е.О.

Социально-философские аспекты проблемы мужского сексуального здоровья в современной России.

Прежде всего, обозначим сущность и границы рассматриваемой проблемы, а также методологический инструментарий для её решения. То, что мужская сексуальность стала предметом общественного интереса и беспокойства в последние два десятилетия в России уже никого не удивляет, а тезис о том что «мужики куда-то подевались» стал расхожим, особенно в женской аудитории. Предпосылки этого явления следует искать еще в середине 60-х годов XX века, на что было указано выдающимся отечественным демографом Б.Ц. Урланисом в нашумевшей публикации в «Литературной газете» от 26 июля 1968 года «Берегите мужчин». Речь шла как о падении демографических показателей мужского сексуального здоровья, так и об изменениях концепции мужественности, в связи с новыми социальными реалиями. В последующие годы проблема приобретала всё более острый характер и, как известно, в 2005 году на ежегодной конференции Европейского общества репродукции человека и эмбриологии (ESHRE) в Копенгагене впервые было констатировано, что мужчины чаще женщин являются источниками бесплодия в браке, среди них отмечается «сверхсмертность», и это, во многом, связано с падением их сексуальной

активности. Правда материал касался в основном мужчин-представителей западной цивилизации, хотя, разумеется, и в российской действительности есть достаточное количество аналогичных примеров.

Возникает вопрос о масштабах явления, его границах, сущности процессов протекающих в мужской популяции, и её перспективах, особенно долгосрочных. Следует отметить, что само понятие «мужское сексуальное здоровье» является еще недостаточно устоявшимся в научной литературе и предметом дискуссии и, в тоже время, приходится поражаться колоссальному количеству мифологических построений вокруг него, равно как и политизированных страстей. Если ориентироваться на определение данное группой экспертов ВОЗ еще в 1977 году, а затем в 2002 году, то очевидно, что в нем сексуальное здоровье оценивается не только и не столько, как отсутствие патологии, но, как широкое социологическое понятие, включающая соматическое, эмоциональное, интеллектуальное и социальное благополучие в сфере сексуальности, исходя из концепции сексуальных прав человека принятой в Европе. Сама же сексуальность человека рассматривается многими отечественными и зарубежными авторами (И.С. Кон, В.В. Кришталь, Г.Б. Дерягин, Л.М. Щегков, Крукс Р., Баур К., Мастерс У., Джонсон В., Колодни Р., Келли Т.Ф.) как неотъемлемая часть сущности и существования человека, как одна из мощных движущих сил его развития, определяющая качество жизни, удовлетворенность ею и возможность достижения состояния, обозначаемого термином

«счастье». Нами была предпринята попытка анализа сексуальности, как в пределах науки, так и за её пределами (в терминах «чудо, тайна и авторитет» (1,2). Была выявлена значительная подвижность и «гибкость» данного понятия, его несводимость к одной парадигме, что позволяет говорить о многообразии сексуальностей у человека. В этом смысле нам близка попытка В.В.Чугунова обосновать интердисциплинарно-метасистемную концепцию сексологии, имея ввиду ее медико-социальный аспект (3).

Еще больше проблем возникает при анализе именно мужской сексуальности, под который долгие века явно или неявно понималась вообще человеческая сексуальность, поскольку «открытие» женской сексуальности – достижение теоретической мысли XX века, что тесно связано с возникновением и эволюцией феминизма и сексизма как взаимосвязанных политических и духовно-практических учений. Теоретическое осмысление мужской сексуальности прошло несколько исторических этапов, что отражало эволюцию восприятия сущности человека (а под ним явно и имплицитно понимался мужчина) в разных философско-этических системах и учениях. Здесь можно сослаться на ставшие уже классикой работы И.С.Кона и, в частности, с его критикой гегемонной маскулинности и призывом «Берегите(сь)мальчиков!»(4).

Следует также оговорить необходимый методологический инструментарий, ибо при анализе сексуальности, как феномена человека и общества приходится сталкиваться с вековой проблемой номинализма и

реализма, что сейчас приняло форму оценок индивидуализирующих факторов в эволюции общества. Говоря более конкретно, необходимо понять каким образом сексуальная уникальность каждой личности отражает некие общесоциологические закономерности данного общества на данном этапе его развития. В этом кроется разгадка дефиниций «нормальности» и «ненормальности», болезненность восприятия которых в нашем обществе стало своеобразным национальным психозом (особенно в формах гомоистерии, педоистерии и т.п.). Неприемлемость всех форм сексуального насилия над человеком вполне понятная на эмпирическом уровне, тем не менее не снимает остроты осмысливания проблемы в теории с учетом бесконечного разнообразия сексуального опыта человека на всем протяжении его истории. Свойственно нашему менталитету шараханье от одной крайности к другой, лишней раз свидетельствует о необходимости трезвого научного анализа « что такое хорошо и что такое плохо» в сексуальности.

В этом смысле представляет интерес концепция индивидуализированного общества (5), в которой проводится мысль о росте общей неопределенности человеческого бытия в результате действий деперсонифицированных сил и тенденций, вызвавших переоценку многих традиционных ценностей. Это особенно важно для оценки меры и степени ответственности человека за деяния, которые обусловлены либо « греховностью» и испорченностью его телесной природы (в христианской

трактовке), либо наличием генетической предрасположенности к тому или иному виду сексуального поведения в научной интерпретации. В последнем случае нужно, видимо, исходить из положений современной генетики о том, что эффект влияния генов на фенотип «чрезвычайно гибок» (6) и ни о какой фатальной предопределенности речи быть не может. Тогда возникает еще одна старая как мир проблема «свободного выбора» человеком какого-то одного пути и взятия на себя всей ответственности за этот выбор, не сваливая её на общество или природу. Возможен ли такой выбор «на самом деле» или, как сказал классик, за нас уже его кто-то сделал, а мы пребываем в приятном заблуждении – один из самых острых и дискуссионных вопросов современной науки о сексуальности человека, как теоретически, так и практически.

Представляется, что методологические подходы к попытке если не решить, то хотя бы правильно поставить эти проблемы заключаются в соблюдении ряда условий. Сексуальность может быть постигнута лишь на основании идеи взаимодополнительности научного и вненаучных подходов к её характеристике. Дело в том, что хотя сексуальность трактуется привычно как биологическая основа для человеческого брака с её эротическим компонентом и любви как сферы духовной самореализации человека по отношению к Богу и любимому, но менее всего эта конструкция напоминает простую «матрешку». Здесь, скорее всего, есть свой хаос и своя же упорядоченность, в каком-то смысле напоминающая фрактальную структуру

с её принципом самоподобия. Несколько упрощая суть дела можно полагать, что и в сексе и в любви и в браке действуют общие силы и закономерности. Не вдаваясь пока в их характеристику, что увело бы нас далеко от темы, можно указать на ещё один методологический принцип – необходимость вероятностной оценки всех явлений в этой сфере и уходу от их однозначной «черно-белой» трактовки. Абсолютизация какого-либо феномена в сексуальности, объявление его и только его единственно правильным и неподлежащим пересмотру противоречит принципу историзма, без которого невозможно научное исследование.

Есть и ещё одна проблема методологического характера, связанная с новым пониманием «индивидуализирующего общества». Речь идет о личной позиции автора в такой деликатной и сугубо интимной сфере как сексуальность. Молва чаще всего «наделяет» автора всем «букетом» сексуальных практик, о которых он пишет, что своеобразно поднимает известную в искусствоведении проблему о соотношении личности автора и облика его лирического персонажа. Отсюда проистекает известная подозрительность со стороны общества, которую испытывали в жизни классики сексологического жанра (З. Фрейд, А. Кинзи, В. Райх, У. Мастерс, Д. Моррис, И. С. Кон и другие). Логика здесь такова, что от неё «перевернулся» бы в гробу Аристотель – если пишешь о чём-то, значит сам таков, это одобряешь, да ещё и «пропагандируешь» это среди других. Весьма показательна, что антисексуальная истерия по поводу носителей девиантной

сексуальности сопровождается брутальными инвективами и проклятиями, а вот призывов изучать эти явления научно, пока не отмечается. Трудно себе представить горе-микробиолога, который бы вместо изучения свойств чумного микроба ради лечения и профилактики чумы, занимался бы изрыганием проклятий в адрес этого малосимпатичного, но, увы естественного обитателя нашего мира.

Умение применять адекватно известные методологические приёмы проверяется по результатам исследования, по достижению тех или иных значимых и доказательных результатов. Сфера изучения сексуальности в этом отношении занимает некое промежуточное положение между наукой и искусством, затрагивая мораль, религию, сферу повседневной жизни и быта, а также то, что обозначается термином «духовность». Что либо доказать раз и навсегда тут решительно невозможно и все попытки найти «волшебный ключ» для вскрытия шкатулки тайн сексуальности обречены на неудачу. Поэтому, попытаемся, не претендуя на абсолютную истину в последней инстанции дать эскиз понятия «русский мужчина», а затем проследить, что же произошло с его сексуальностью за последние десятилетия.

Автор известного бестселлера «Голый мужчина» Десмонд Моррис начинает первую главу знаменательной фразой « Ни одно живое существо не оказало на жизнь на Земле столь сильного влияния, как мужчина»(7). В то же время, как ни странно, серьезных и глубоких исследований мужской сущности в аспекте проявлений сексуальности не так и много. Зато

«мужскому достоинству» посвящено немало и серьёзных и шуточных публикаций последних лет как «Пенис. История взлётов и падений Дэвида Фридмана, «Говорящий член: торжество мужского достоинства» Рихарда Херринга; нашумевший в своё время роман Альберто Моравиа «Я и Он» о диалоге мужчины со своим половым членом; «Фаллос как член общества», представляющий иллюстрированную историю фаллических культов и другие. Что же касается отечественной литературы, то кроме фундаментальных трудов ныне покойного И.С. Кона, публикаций Л. Щеглова, Г. Гачева, С. Голода и ряда других, трудно указать на исследования специфики русской мужской сексуальности, прежде всего в социально-философском аспекте. Очевидно, что само понятие «русский мужчина» нуждается в глубоком и содержательном анализе с опорой на отечественную философскую мысль, начиная с деятелей Серебряного века русской культуры до наших дней. Прежде всего, надо упомянуть распространённой в русской языке тенденции трансгрессировать понятие «мужчина» сводя его к самому сильному трёхбуквенному слову русского языка с гипостазированием последнего до придания ему самостоятельной сущности. Этот момент хорошо обыгран в русском фольклоре с его обценной лексикой, в «барковиане» и других источниках. Кстати, в изданном в 2001 году «Большом словаре мата» А. Плущер – Сарно выделил 19 значений и 23 оттенка употребления этого слова, что даёт около 400 идиом и более 1000 фразеологически связанных значений. «Великий и могучий» русский язык не

обошел и этой сфере существования русского мужчины, на что уже в наше время обращает внимание в своей публицистике В. Ерофеев, который грустно констатировал, что наш современник как мужчина начинается с утренней эрекции и ею чаще всего и заканчивается (8).

Русская история даёт нам немало поучительных примеров о роли и значении мужчины в эволюции нашего общества. Великий русский историк С. Соловьёв писал, что «Мужи или богатыри, своими подвигами начинают историю», поражая воображение современников, которые наделяли их качествами чародеев у которых «то сила по жилочкам так живчиком и переливается...». Их и считали за людей, а остальные оставались полулюдьми, маленькими людьми, мужиками.(9). Богатырский период – по замечанию С. Соловьёва, характеризовался «быстрым размножением членов Рюрикова княжеского рода (там же с.217), когда мужи кормились за счёт мужиков. Столь четкая социальная дифференциация мужского общества уже на ранних этапах и терминологически и по существу не могла не сказаться на всём последующем развитии. Проходят века и вот уже в 1916 году, почти 100 лет назад В. Розанов, один из самых оригинальных умов Серебряного века с горечью пишет: «Самец вырождается, самцы вырождаются. Вырождается мужской пол. Солнце гаснет » (10). Впрочем, о грозящем вырождении мужчин под влиянием цивилизации, когда богатыри почти исчезли, а мужики измельчали, писали еще с середины XIX века. Тема эта стала популярна в ходе дискуссий западников со славянофилами, когда появились первые

признаки, ставшие особенно наглядными в конце XIX и начале XX века. Речь идёт о явлении, характеристику которому дал А. П. Чехов: « У нас нет ни ближайших, ни отдалённых целей, и в нашей душе хоть шаром покати. Политики у нас нет, в революции мы не верим, бога нет, привидений не боимся, а я лично даже смерти и слепоты не боюсь»(11). Душевная пустота, утрата смысло-жизненных целей у интеллигенции, появление «полового вопроса» в публицистике и декаданса в художественной культуре – всё это сочеталось, по словам того же А. П. Чехова, с «повальным пьянством» народа, снохачеством, с проституцией в заметных масштабах и явно не способствовало укреплению потенциала духа и тела. Если с рождаемостью всё ещё обстояло хорошо и даже при высокой детской смертности население росло, то с сексуальной культурой было, увы, всё проблематично. У народа, по словам В. В. Розанова, «плотская сторона в идее вовсе отрицается, а на деле имеет скотское, свинское, абсолютно бесцветное выражение...ряд случаев самца и самки для произведения «духовных чад церкви» (12). Мужик «делал» всё не снимая сапог и без выражения малейших нежных чувств к бабе, а брак сводился по меткому замечанию выдающегося отечественного историка В. О. Ключевского к тому, что «она в нем приобретает кусок хлеба, а он в ней - кусок мяса. Едят друг друга»(13). А тут ещё, по словам Саши Черного, известного русского поэта Серебряного века: «пришла проблема Пола, Румяная фефёла, и ржёт навеселе». Пол, действительно, по словам того же В. Розанова являл собой

странное «физиолого - мистическое явление» в русской жизни, волновавшее прежде всего мужчин и некоторых особо бесстрашных женщин, которые осмеливались высказывать своё мнение по этому вопросу.

Традиционно-православный взгляд на мужчину и его качества в эту эпоху стал явно входить в противоречие с реалиями русской жизни. Выдающийся русский философ и богослов С. Булгаков подчеркивал, что только с созданием Евы закончилось сотворение человека, и в мире появился полный человек, муж и жена, стало действенным положение «И будут два одна плоть». Во время таинственного наведенного Богом сна Адама «помимо его ведома и сознания, органическим выделением его же женской сущности была создана Богом жена»(14). Отсюда вытекает целостность, целокупность и целомудрие, исключая рассмотрение «женского вопроса» отдельно от «мужского», о чем писал еще Ф. М. Достоевский; на этом же настаивал и Вл. Соловьёв в «Смысле любви». В этом смысле нынешняя сексуальность, как в мужском, так и в женском «измерении» несет на себе несмываемую печать повреждения человеческой природы, утрату той потенциальной «райской сексуальности», которая так и осталась нам неведомой, ввиду грехопадения первой пары и, как следствия, её разделения по всем параметрам.

Ещё один отечественный философ Н.О.Лосский подчеркивал то положение православия, что в Царстве Божием нет, и не может быть ни мужчин, ни женщин, ни тем более смешения мужского и женского начал ибо «такое строение было бы отвратительным увековечением

сексуальности»(15). С другой стороны, в святотеческой традиции есть положение о том, что у преображенных тел будут признаки пола, но не будет нужды в их употреблении. Стало быть, задачей русского православного мужчины было преодолеть искушение «инфернальных изгибов» женского тела как это сделал Дмитрий Карамазов, и принять всю женскую душу в свою. Но поступки героев Ф. М. Достоевского не стали правилом поведения большинства мужчин, что позволило В. Розанову горестно констатировать «Главная добродетель в мире – импотенция», а уже упомянутый В. О. Ключевский так подвёл итог эпохальным измерениям в поведении русского мужчины в конце XIX века: «Любили хорошее тело своей Оли, потому что оно Олино, ныне любят Олю, потому что у неё хорошее тело».(16)

Таким образом, можно констатировать, что ещё с XIX века наметился и углублялся разрыв между мужской репродуктивной сексуальностью гедонистическими компонентами брака, т.е. той самой «похотью», блудом входящим в число «смертных грехов». Если исполнение супружеских «обязанностей» по деторождению, по сути, и не нуждалось в похоти, хотя даже это вызывало у Л. Толстого гневные инвективы типа «обезьяньего занятия», то уж выдвижение на первый план незаконной страсти и желания влекло за собой неизбежную зависимость от зла и греха и уводит мужчину от Бога. Брак, по апостолу Павлу, нужен и для чадородия и для избегания соблазнов.

Рубеж XIX и XX веков и был тем временем, когда в русском обществе снижался авторитет православной веры и догматики в отношении пола, брака и семьи, когда русские мужчины открывали для себя всё многообразие сексуальности. Справедливости ради, надо сказать, что эти процессы имели место и ранее, прежде всего в «золотом» пушкинском веке нашей культуры. Мужчины того времени тоже не отличались особой целомудренностью; а небезызвестный А.Н. Вульф, знаток всех видов любви «от чисто физической до платонической» характеризовал А.С. Пушкина как «цинического волокиту» (17). Можно заглянуть и в XVIII век, вспомнив «екатерминских орлов» и многое другое, но суть вопроса, пожалуй, достаточно ясна. Воспитанные в лоне православия русские мужчины не были в основном богоблезненными и приверженность семейным устоям достаточно успешно «сочетали» с чувственными вольностями, в том числе и во всевозможных нетрадиционных вариантах.

В последнем случае можно сослаться на капитальный труд Л. С. Клейна (18), где приведены данные об Иване Грозном, Петре Великом, окружении А. С. Пушкина, М. Лермонтове, Н. М. Пржевальском, Н. Н. Миклухо – Маклае, П.И. Чайковском, Л. Н. Толстом, семействе Романовых и других деятелей русской истории и культуре. Этот тренд в сущности и воспроизводился в различной степени во все последующие годы, даже когда понятие Бога выступило в облике партии, строящей коммунизм. Вопреки ставшие уже сакраментальной фразе «в СССР секса нет», секс бы

практически во всех известных формах и проявлениях, но происходил скрытно, тайно, с оглядкой на власть, что заставляет вспомнить известную концепцию М.Фуко о политическом диспозитиве сексуальности. Идеалом советского мужчины был труженик и творец, горящий на работе и в общественной жизни, преданный идеалам морального кодекса строителя коммунизма, в которых не было места любви, а тем более сексуальности, а требовалось «взаимное уважение в семье, забота о воспитании детей», да еще был пункт о «нравственной чистоте» без детализации этого понятия. Этот кодекс неоднократно сравнивали с Нагорной проповедью Христа, где формулируется «золотое правило» нравственности и постулируется необходимость для мужчины воздерживаться даже от взглядов на женщину с вождением, ибо этим он «уже прелюбодействует с нею в сердце своём» (Мф. 5, 28). Общая антисексуальная направленность этих духовно-нравственных систем достаточно очевидно, а имеющиеся отличия носят, скорее, внешний характер. Мужчина—прежде всего член общества и гражданин государства, труженик и созидатель, глава семьи, имеющий главное предназначение либо в спасении и достижении Царства Божия, либо в «построении земного рая», изобилия материальных и духовных благ ради всеобщего процветания. Всё остальное, связанные с личной и интимной жизнью было или «прикровенно» в православном варианте, либо имело чисто медицинский аспект помощи в случае патологии, мешающий воспроизводству. Первые робкие попытки оказания мужчине

сексологической помощи в сколь-нибудь заметных масштабах в СССР появились только в 70 годы. Публичные проявления сексуальности не допускалось, а в бытовой мужской сексуальной мифологии было принято хвастаться примерно, так как рыбаки своей добычей, даже если её и не было вовсе.

Таким образом, в течение длительного времени у мужчин нашего отечества в массовом масштабе формировалась, в сущности двойная мораль, в которой преломлялась знаменитая «широта» русской души, и её склонность к анархизму и парадоксальности. Хорошо об этом сказал отечественный мыслитель С.Л. Франк: «Мы ... не в силах ... побороть эту неукротимо-мощную животную природу нас самих ...мы ощущаем исконную слитность этой слепой страсти с высшим и глубочайшим началом нашей личности» (19). В этом, видимо, и проявляется столь характерное для русского мужчины, говоря словами Н.О. Лосского «сочетание мужественной природы с женственной мягкостью». Безудержность натуры, метания между идеалами Содома и Мадонны (как говорил Ф.М. Достоевский), ощущение какой-то экзистенциальной бездны перед загадкой и тайной женщины- это то, что нам оставили наши предки в виде генетической памяти и культурных стереотипов. Разумеется, значительное разнообразие типов личности мужского поведения в сфере сексуальности было уделом и наших предков, что затрудняет процесс типизирования.

Теперь следует обозначить ещё одну категориальную пару – а именно пол – гендер, что в отечественной философской мысли явно или неявно обсуждалось в плане того -должно ли наличие пениса (фаллоса) уже делать человека мужчиной, задавать ему способы реализации своей мужской роли в социальной сфере? Само понятие «гендер» появилось ещё в середине XX века в работах известного американского сексолога Дж. Мани, а в 80 – 90 годы стало предметом многочисленных публикаций в отечественной психологической и социологической литературе. Немало усилий было положено на выяснение специфики гендерной роли русских мужчин и женщин в аспекте их полоролевого поведения и реализаций социальных функций, особенно с учетом культуральных и цивилизационных сдвигов последних десятилетий. Попытка анализа гендерной проблематики в философской традиции, в том числе и отечественной, была предпринята Е.И. Стебуновой (20). Ей предложено выделение 3-х типов идей в отечественной теологии пола или философии любви, одно из которых придаёт первостепенное значение «мужественности» Бога (В. Соловьёв) в сочетании с исофийностью, как женским началом; другое акцентирует страсть как основу жизни и творчества (Н. Бердяев, В. Розанов); а третье тяготеет к феминному началу, понимая под любовью, прежде всего сострадание, милосердие, жалость (П. Флоренский, С. Булгаков, И. Ильин). В отличие от западной философской мысли русская философия в основном отличает мужчину от женщины не только и не столько онтологически и

гносеологически, а скорее в духовно-практическом плане, в реализации не их узко понимаемых специфических функций, а предназначения, имеющего божественный характер. В этом смысле – главное не кто ты – мужчина или женщина, а каков ты как человек, преодолевающий гендерные стереотипы, которые, как и всё в мире изменчивы, особенно в эпоху постмодернистической парадигмы мышления и социального действия. Для традиционного, в том числе православного мировоззрения мужчина - это Богом сотворённая данность и его роли в жизни уже этим и predeterminedены. В социалистических идеалах понятие социального освобождения от гнёта капитала, как правило, ассоциировалось с сексуальным раскрепощением, обретением равенства гендерных ролей при сохранении их культурной специфики. В отечественной мысли уже были попытки обоснования таких подходов, в частности в идеях нового брака и семьи и воспитания просто «людей», а не мужчин и женщин у Н.Г. Чернышевского. Интересно отметить, что в промежутке между двумя революциями начала XX века в России общество было очень озабочено «проблемой пола», поиском новых путей преодоления кризиса в общественной жизни. Исследуя эту эпоху в данном аспекте, Лора Энгельштейн приводит интересные данные петербургского врача А. Вирениуса, озабоченного ростом половой распущенности в школьном возрасте в начале XX века. Исследуя половые органы детей, он сделал вывод, о том, что «идеальный пенис культурного человека имеет небольшие размеры, почти атрофирован, что свидетельствует

о том, что он сдерживает своё половое чувство (20). Интересно, что ответственность за сексуальное неблагополучие подростков, мастурбацию и вензаболеваемость, возлагались им на существующие уже тогда господство коммерческих отношений в сексуальности.

Что же произошло с мужской сексуальностью за последнее столетие, какие мощные природные, социально-политические и психолого-педагогические факторы способствовали кризисным явлениям в этой сфере. Интересно мнение по этому поводу одного из классиков отечественной философской мысли Г.П. Федотова. Обозревая историческую «судьбу и грехи России» он делает любопытное заключение о причинах и последствиях упадка дворянской культуры, начиная с конца XVIII века и, особенно, в пореформенное время 60-х годов XIX века. Появление разночинцев привело к «порче» искусства жизни. «В России перестают веселиться, разучиваются танцевать, забывают самое сладостное из искусств- любовь»(22). Далее он употребляет термины «апатия», «абулия», столь характерные как для особенностей социальной жизни русского мужчины, так и имеющие специфически сексологическое содержание.

Вспомним, в этой связи, А. Блока, воспевавшего «Прекрасную Даму» и женственный облик России в парадигме поведения русского человека XX века. В поэме «Возмездие» есть строки посвященные духу того времени «С тобой пришли чуме на смену; нейрастения скука сплин», когда «в сером и гнилом тумане; увяла плоть и дух погас». Практически все отечественные

классики литературы того времени так или иначе отразили процесс увядания мужской плоти и духа, утрату бодрости и желаний, «кисляйство» (по выражению А.П. Чехова). Заговорили об импотенции мужчин, появились мнения о вреде «бабства» и его пагубном влиянии на мужское достоинство, начался страстный поиск того, что отличает женщину от бабы, а мужчину от мужика. Суть отличий усматривалась в «изяществе» и «благородстве» женщины, в отличие от «лошадиного пота» бабы, которой ублажается пьяный мужик. Уже упомянутый страстный поиск гениев и титанов Серебряного века «новой чувственности», «арифметики любви» приводил к парадоксальным мнениям, что «женское» остаётся женским, пока молчит то, против чего ополчились феминистки. Начиная же само говорить о себе, превращается в «бабье»⁽²³⁾. Это высказывание З. Гиппиус, пожалуй, первого явного андрогина в русской культуре Серебряного века знаменательно потому, что акцентировало противоречия взаимодействия «мужского» и «женского» начал в мужчине и женщине с целью нахождения способов их разрешения. Не кивать на недостатки женщин как причину упадка мужских достоинств, не убегать от них, а отыскать «вечно бабье» (Н. Бердяев) в своей душе, сделать слабость своей силой-такова задача. Андрогинизм и бисексуальность любого человеческого существа, что вытекало из ставших популярными в России концепций З. Фрейда и К. Юнга, не препятствует, а способствует решению специфически «мужских» проблем, как в социальной, так и в чисто сексуальной сфере, о чём ещё пойдет речь далее.

Поэтому можно заключить, что одним из первых в отечественной мысли было осознано положение, что мужское и женское не может быть воспринято порознь, а являются собой в полном смысле слова диалектическую пару единства и борьбы противоположностей, в том числе и внутри каждого индивида. В последнем случае речь может идти о «внутренней женщине» в душе каждого гетеросексуального, а тем более бисексуального мужчины, или об аналогичном «мужчине» в женской душе, что актуализирует известную концепцию К. Юнга об архетипах «анима» и «анимуса». Этот поворот темы активно обсуждался К. Мережковским, З. Гиппиус и другими деятелями Серебряного века. В ещё более нетрадиционном понимании соотношении мужского и женского начал в человеке, они усматриваются в духовной сфере, причем задачей мужчины является нахождение в себе и обретение потенциала мужественности (24). Собственно говоря, это иными словами, борьба духа с телом во имя возвышения и духа и тела. «Мужское» и «женское» представляются особыми измерениями человеческой экзистенции, системами различных смыслов и символов, как бы «метящими» человеческое существо на различных этапах реализации его сексуального потенциала. Речь идет о становлении полового влечения, обретении вектора его ориентации, поиска соответствующего партнёра и непосредственной реализации в многообразных формах сексуального общения. Упомянутый уже классик американской сексологии Дж. Мани называл это раскладыванием «колоды» сексуальных «карт» человека, которые могут «лечь» тем или иным способом,

побуждая этим игровой азарт и жажду выигрыша. Иными словами известный тезис «шерше ля фам» может быть отнесен не только к мужчине, причиной бед которого послужила женщина, но и к самому внутреннему духовного миру, о чём писали многие гении Серебряного века, ненавидевшие «бабство» в себе. Эта идея, кстати, получила, сейчас широкое распространение в идеологии т.н. «мужского движения», подразумевающего, прежде всего борьбу с женской сущностью внутри себя и, разумеется, с женщинами вокруг. Своеобразным манифестом этого направления может быть публикация А.П. Никонова, призывающего «заколотить последний гвоздь в гроб социал-феминизма, либо социал-феминизм уничтожит цивилизацию»(25). Оказывается, именно феминистки повинны во всех бедах современного мужчины, включая специфически сексуальные проблемы и надо только в очередной раз освятить жесткий патриархат и тогда «феминистические недочеловеки уйдут сами собой к счастью мужчин, которые к этому времени запустят в массовое производство искусственную матку, либо будут халифами в домашних гаремах.

Вернемся к нынешнему состоянию мужской сексуальности в России и тем её модификациям, которые вызывают наибольшую тревогу общества. Интересно отметить эволюцию понятия «мужик» в современной речи, чаще всего озвученную как «мужЫк». Это типичный представитель мужского населения страны, по словам известного барда «яйца, табак, перегар и щетина»! Ему полагается весить более 90 кг за счет пивного живота,

увлекаться рыбалкой, охотой, авто, техникой, иметь детей и, прежде всего, сына, быть хозяином в доме с «золотыми руками» и иметь собственное мнение по любому вопросу, быть ярким болельщиком «своей» команды, а также иметь любовницу, о которой знают «друзьбаны». В сексе он презирует всё пассивное, гомо-и бисексуальное, отрицает, что смотрит порно, и выступает гарантом надежности в отношениях, требуя к себе за это непреходящего уважения и почтения. В то же время, он поневоле впадает в постоянную зависимость от работы и начальства, дачи, жены, детей, родственников и знакомых; всем почему-то обязан и должен пожизненно. Выход ищется чаще всего в единственной для «мужьика» форме легитимного общения с другими – выпивке. Отсюда проистекает то, что В. Ерофеев определил как «русская сексуальная затхлость»(26). Им же выделены ещё 2 подтипа современных русских мужчин – «мужчинка» у которого «всё маленькое, никудышнее, жиденькое, нефотогеничное» с точки зрения женщин, особенно феминистически настроенных. А другой тип – «опасный мужчина», любящий риск и экстремальный опыт, в том числе и сексуальный, что и покоряет женщин (там же, стр.177,183). В сущности, об этом же говорил и И.С. Кон в известной монографии «Мужчина в меняющемся мире» вышедший в 2009 году, где впервые была предпринята попытка, если можно так выразиться, «теоретического мужиковедения» на солидной естественнонаучной и гуманитарной основе, или говоря более научно «кризиса маскулинности» в мире и России. Два главных его

методологических тезиса: нет мужчин «вообще» как таковых с какими-то извечно от природы присущими им свойствами и нельзя прямо выводить (или сводить) личностно - индивидуальные качества либо из биологии, либо из среды обитания (27). Корень всех современных мужских проблем им усматривается в несоответствии традиционного идеала «гегемонной маскулинности» реалиям современной эпохи, в которых «виноваты» не феминистки или брутальные «мачо», а те поистине глобальные, тектонические сдвиги в мировой цивилизации, которые в корне изменили многие традиционные гендерные роли, особенно в западной цивилизации, да и в России тоже. Это, соответственно, изменяет глубинные, личностные черты мужчины, заставляет его прибегать к не вполне традиционным способам решения «мужских» проблем, искать новые способы адаптации к ситуациям, как в семье, так и в обществе. Хорошо известный в классической сексологии «принцип Адама» (Дж. Мани) или принцип «маскулинной дополнительности», состоящий в том, что для создания самца эволюция предусмотрела дополнительные усилия и воздействия по сравнению с самкой, требует ныне модификации. Отмечается многими исследователями «недомаскулинизация» самцов в природе и мужчин в обществе, связывается со многими факторами и, прежде всего, с загрязнением окружающей среды ядохимикатами, эстроген-содержащими средствами косметики и т.п. Для России это имеет особое значение в связи с явно недостаточным контролем за употреблением этих

веществ, особенно фитоэстрогенов хмеля в составе некоторых сортов пива. В этой связи, понятна роль «пивного живота» в сексуальной апатии, что сочетается с типичным для русского мужчины нежеланием заниматься своим здоровьем, пока по известной пословице не клюнет «жареный петух». Следует ещё подчеркнуть различие понятий «мужественности» и «маскулинности». При их внешнем сходстве обращает внимание акцент на душевно-духовных качествах мужчины в первом случае и на «самцовость» во втором случае.

Если попытаться выстроить некую иерархию факторов влияющих на нынешнее неудовлетворительное состояние мужской сексуальности в России, то, видимо, надо начинать с уже упомянутой экономической стагнации и сопутствующих тяжелых экономических проблем. Невозможность обретения достаточного заработка, особенно, на селе, продолжающееся ухудшение качества окружающей среды и продуктов питания вместе с алкоголизацией и наркотизацией мужчин приводят к перенапряжению адаптивных механизмов, к стрессам мужской половой и гендерной ролей. Это не может не повлечь за собой снижение сексуальной активности.

Пожалуй, одним из ярких проявлений этого процесса является рост приверженцев асексуального и антисексуального движений среди отечественных мужчин. Мы уже обращали внимание на феномен «уснувшего Эроса» в отечественной культуре (28). Речь идёт о своеобразной идеализации

асексуального способа существования мужчины, когда с «давлением» сексуальности не нужно, и бороться (как это делают аскеты), поскольку его просто не существует. Асексуал в принципе способен к половой жизни, особенно в прокреативном её варианте, но секс считается ненужной обузой, искажающей достижение подлинных духовных целей и задач жизни мужчины, да и женщины тоже являются сексуально-зависимыми и, следовательно, несвободными существами. Отсюда призывы избавиться от вековечного порабощения, постоянной «озабоченности» сексом и обрести новые горизонты духовной свободы. Судя по данным соответствующих опросов на сайтах, приверженцев этой концепции становится всё больше, они активно пропагандируют свою позицию, упрекая мужчин, погрязших в «тине» секса и попавших вследствие этого в рабство к женщине и к своей похоти. Появился даже термин «баборабы», под которым понимаются мужчины, идущие на «поводу» у своего фаллоса «юбочники», потомки Казановы или Луки Мудищева в отечественном варианте. Ещё более активны приверженцы антисексуального движения, которые трактуют сексуальность как явление противное нашим национальным традициям, как следствие грехопадения, либо влияния «растленного» Запада, стремящегося таким образом погубить цвет нашей нации. Это, как правило, приверженцы традиционных, консервативных взглядов на сущность и природу человека и его сексуальности. По нашим данным, их около 10% в изученном контингенте посетителей сексологических сайтов Интернета(29). Им

противостоят, примерно в том же количестве, сторонники либеральных ценностей, которые пытаются понять феномен асексуальности и антисексуальности в рамках известных сексологических концепций. Для большинства же участников сетевых дискуссий (около 80%) характерно неустоявшееся и неоднозначное отношение к феномену мужской отечественной сексуальности вообще и её вариациям в современности. Здесь мы встречаем смесь национальной гордости за наших могучих предков (герои русского эротического фольклора, барковианы, поэтических и прозаических откровений гениев нашей литературы) и недоумения – «куда ты удаль прежняя девалась?» (ария Грязного из оперы Римского-Корсакова «Царская невеста»). Интересно отметить, что поиск причин кризисных явлений напоминает «жалобную книгу», где виноваты все – жены, любовницы, начальство, СМИ, правительство, инородцы и иноверцы, кроме, разумеется, самих мужчин. Робкие попытки разобраться в своих внутренних проблемах упираются, как правило, в стену уже упомянутой концепции «гегемонной мужской сексуальности», либо в ленивое нежелание думать и что-то менять в своей жизни. Похоже, что для многих сейчас идеал русских сказок – сидение на печи в ожидании лягушки –царевныи скатерти самобранки стал своеобразной сексологической нормой поведения. Последнее вызывает понятный бурный протест женщин с уничижительными характеристиками «пивных брюх», которые исповедуют тезис песенки ещё одного барда «А зачем нам Машу звать, если есть, что наливать!».

Невостребованность женщин в интимном и сексуальном плане, действительно, является одним из самых тяжких психологических феноменов, о чём, как правило, мало думают мужчины. Ещё древнеиндийская эротология советовала мужчине любым путём удовлетворить женщину, даже если ему этого не хочется, а иначе он будет наказан в будущей жизни. Если этого нет, следует ждать мести со стороны женщины, своеобразного сексуального «ресентимента» в отечественной упаковке: «ну, заяц погоди!». Женщина в состоянии оскорбленности мужским невниманием являет собой один из наиболее сильных патогенных факторов для мужчины в плане его самооценки и сексуального самочувствия. В этом смысле можно понять страхи и надежды адептов грядущей «асексуальной революции, как на Западе, так и в России. Весьма примечательна и эволюция взглядов мужчин на проблему многообразия сексуального поведения и, прежде всего, гомо- и бисексуальности в современной России. Ещё в 2003 году, один из нас обратил внимание на проблему роста общественного интереса в мире и России к бисексуальному поведению особенно мужчин (30). Прошедшее десятилетие добавило не только огромное количество статистического материала по данной проблеме, но и выявило ряд интересных подходов к её трактовке.

Прежде всего, получила солидное подтверждение точка зрения, согласно которой бисексуальность, как и бигендерность являются не переходными формами, а относительно самостоятельными ориентациями

человека. Данная модификация поведения вряд ли является в высшей степени предметом подлинно свободного выбора человека, причем некоторые видят в этом феномене сексуальную спецификацию известного антропного принципа. В этом смысле человек ощущает соразмерность общечеловеческой сексуальной «Вселенной» своим собственным, сугубо индивидуальным влечением и интенциями. Таким образом, можно теоретически и практически преодолеть крайности сексуального эссенциализма, абсолютной и жесткой привязанности модели сексуального поведения к генам, гормонам и мозгу и обратиться к многообразию социокультурных его детерминант.

В значительной степени это относится и к пониманию сущности эротического и самой эротологии, в отличие от сексологии (М. Эпштейн). Бисексуальный эротизм, как уже упоминалось, может быть понят и «оправдан» в андрогинном варианте взаимодействия с собственной «иной» плотью, прообразом которой может выступать как разнополюй, так и однополюй партнер. В наибольшей степени, если речь идет о современности, этому способствует постмодернистская парадигма мышления, даже если она отчетливо не осознаётся её носителями, скажем в отечественной культуре. Размышляя о ситуациях, связанных с дискурсом любви, эроса и брака Роланд Барт заметил, что совершенной парой следует считать Ахилла и Патрокла, но «не по априорному предпочтению гомосексуализма, но потому, что в рамках однополости прочерчена разница: один (Патрокол) был любящим, другой

(Ахилл) – любимым. И так – гласит Природа, мудрость, миф – не ищите единения (амфемиксиса) вне разделения ролей, если не полов; в этом основании любовной пары (31). Любовная «изумительность», «завроженность», по его словам, способна преодолеть все перегородки пола и гендера; любят человека не за что то, а потому, что он таков, каков он есть. «Мужчина феминизируется не потому, что извращен, а по тому, что влюблен» (там же, с. 314). Эти парадигмы западного мышления могут быть адекватно поняты и при необходимости приложены к отечественным реалиям при проведении содержательного анализа, методологических и содержательных оснований отечественной эротики, прежде всего в мужском варианте. Имеющиеся разработки этой темы касаются, главным образом, женского «желания быть желанной» при анализе женского эротического дискурса в русской литературе и культуре (И. Жеребкина и другие).

Мужской эротизм, преодолевающий общепринятые границы отечественной культуры, также достаточно отражен в работах И.С. Кона, Л.С. Клейна, К.К. Ротикова, с акцентом на особенности сексуального поведения и его восприятия в русском обществе на разных этапах его развития. Специфика мужской дружбы, включая её эротический компонент, анализировалась И.С. Коном (32), однако проблему трудно считать исчерпанной, ввиду устоявшегося негативного взгляда большинства представителей мужского пола в нашей культуре к носителям многообразных проявлений мужской эротики. Как отмечал И.С. Кон в

первой отечественной монографии, посвященной мужскому телу в истории культуры, у нас в России происходит отождествление насилия с эротикой, эротика с наготой, а наготы с порнографией (33). Отсюда проистекают многочисленные предложения о введении «дресс-кода», как для мужчин, так и особенно для женщин под лозунгом ограждения подрастающего поколения от развращающего влияния телесных подробностей (т.н. «битва за штаны»). Вообще восприятие не только тела, но и телесности как системы социальных качеств тела и их знаков, читаемых как особый текст и порождающий особый дискурс, представляет собой интереснейшую сферу философского анализа. Еще в далеком 1988 году одному из нас на гребне процессов горбачевской перестройки удалось наметить некоторые контуры философского анализа человеческой телесности (34). С тех пор появились десятки работ по разным аспектам проблемы тела и телесности (И.М. Быховская, В.П. Круткин, Р.В. Маслов, В.А. Подорога, Н.Н. Визитей, Д. Михель, А.Ш. Тхостов, В.М. Розин, В.П. Зинченко, Б.Г. Акчурин) включая попытки очертить специфику русского мужского тела. Активно развивается телесно – ориентированная психотерапия (ТОП) как практика исцеления души через работу с телом, что обеспечивает возможность личностного роста и развития (В. Басков, Е.Э. Газарова). При этом подчеркивается тесная связь телесного канона в данном обществе с господствующим типом мировоззрения, включая и его альтернативные варианты. Отсюда проистекает специфика современного восприятия тела и его функции, которые зачастую уподобляются машине и

его деталям, что порождает и особую мифологию современного мужского тела. Неудивительно, что эти мифологические построения распространяются и на такую важнейшую функцию мужского тела как сексуальность. Так среди самых ходячих современных сексуальных мифов мужского населения России следует упомянуть прежде всего миф о «размере, который имеет значение» и которым, прежде всего, интересуется, особенно в случаях гомо- би- сексуальных контактов. Изучение этого вопроса увело бы нас далеко в историю, где также отечественные персонажи как граф Потёмкин «7 вершков = 31.2 см.»; Распутин «28.5 см.»; Петровский гренадёр («член голландский» = 46 см) и другие персонажи воображение современников и потомков. Нашему «обмельчавшему потомству» (как говаривала Екатерина Великая) далеко до них, равно как и до самого известного барковского персонажа с его «семивершковой елдой». Обширный материал по этому вопросу приведен в публикации (35). Для нас важно подчеркнуть необычайную живучесть этого мифа, причем и в мужском и в женском сообществах. «Достоинство мужчины» оказывается, измеряется не его материальным положением, нравственно – психологическими качествами или даже чувствами к женщине, а количеством сантиметров, которые надо ещё умело измерить, дабы другие самцы завидовали. Недаром в ходу известное выражение для обозначения мужского соперничества – «меряться пиписьками», что позволяет вспомнить знаменитый фрейдовский тезис: «Анатомия – это судьба» в нашем мужском национальном варианте. Отсюда, понятно, и часто

высказываемое опасение по поводу сравнения своего скромного необрезанного пениса с могучими обрезанными фаллосами инородцев и иноверцев, сетования на женщин, которые именно их почему-то предпочитают.

Другой миф тянется ещё, пожалуй, с начала XXвека о том, что мужчине природой дан определенный запас спермы (в просторечие «ведро на всю жизнь») и его надо умело использовать, дабы растянуть на долгие годы. Аналогия с бензобаком тут напрашивается само собой, а сам секс, по язвительному замечанию В.В. Розанова, превращается в действие при котором «буквально рассматривая жену как семяприемник, а мужа как аптекаря – производителя соответственной эссенции, без прав пользоваться чужой посудой»(36). Понятно, что в основе этого мифа также лежит механистический взгляд на сексуальность, понимание половых органов и их функций как деталей машины. В этом же ключе можно трактовать и ещё одно распространённое утверждение, что у «настоящего мужика» член должен стрелять как автомат Калашникова всегда, везде, с любой партнершей, без осечек и холостых выстрелов. Эректильная дисфункция вызывает у таких мужчин шок и депрессию, а необходимость обращаться за сексологической помощью воспринимается как жизненная катастрофа недостойная «мужика». В этом же ряду находится и специфическое хвастовство сексуальными «подвигами» с многочисленными партнершами, без сна и отдыха, теряя счёт и своим и чужим оргазмам, что приходит в явное

противоречие с многочисленными отзывами женщин о более чем скромных сексуальных способностях их мужчин. На этой почве рождается и расцветает вера в афродизиаки, как традиционные, так и нетрадиционные, всевозможные «конские возбудители», дающие «100% гарантию» успеха, независимо от возраста и состояния здоровья.

В этом смысле мужская сексуальность в современной России всё более утрачивает смысло-жизненные ориентиры и любовно-эротический компонент, превращаясь всё более и более в специфический товар в условиях нашего достаточно псевдорыночного общества. В сущности можно говорить о встроенности, включенности сексуальности в систему существующих властных отношений с их распределительным механизмом на основе поисков эквивалентного характера обмена. Мужчина «даёт» сексуальность, «беря» взамен спектр специфических товаров и услуг, осуществляя т.н. «биовласть» над женщиной или более низкоранговым однополым партнёром. Разумеется, эта схема требует наполнения конкретным материалом, в связи с чем возникает проблема типизирования мужского сексуального поведения. Есть немало разных способов типизации, исходя из разных теоретических предпосылок. Нам представляется интересным и плодотворным подход, разработанный в трудах зоолога Клайва Бромхолла на который ссылается уже упомянутый Д. Моррис. Он выделяет 4 типа мужчин – альфа тип – исповедующий гегемонную и агрессивную маскулинность; Бюротип – озабоченный сохранением и стабилизацией своего статуса и склонный к

компромиссам; Неотип – мужчина сохранивший психологические черты ребенка и очень удачно вписывающийся в семью и, наконец, - Ультратип, «застрявший» на стадии мальчишеского общения, и склонный к гомосексуальному поведению. Сама идея инфантилизации человечества, как одного из эволюционных способов адаптации к окружающей среде не нова. Одним из нас уже были проанализированы феномены неотении и педогенеза в структуре сексуальности (37). Д. Моррис полагает, что эволюция дала некий сбой, закрепив по большей части 2 типа – супермачо (альфа–самцов) и ультратипов – «вечных мальчиков». И тем и другим приходится нелегко и в собственном психосексуальном развитии и, особенно в выстраивании взаимоотношений со своим и противоположным полом. Очевидно, что первый тип тяготеет к более консервативным, традиционным взглядам на мужскую сексуальность, ища подтверждение своим амбициям в той или иной религиозной догматике с её установкой на патриархальность в семье и браке. Второй тип более склонен к исповеданию либеральных ценностей. К игровому поведению, к непредсказуемым ярким эмоциональным реакциям в общении и интимной жизни. В этом его сила и очарование, и в этом же его же и слабость, проявляющаяся в снижении социальной и психологической ответственности за свои деяния. А «золотую середину» занимают с переменным успехом представители бюротипа–любители стабильности во всем, включая сексуальность и неотипа – жизни радостные, склонные к экспериментам мужчины, удачно вписывающиеся в

«узы» брака. По известной сексологической шутке, оба этих типа всю жизнь доказывают, что они, во-первых – не женщины, во-вторых не дети и в-третьих не «голубые». Для мужчин альфа - типа такие вопросы вообще не стоят, а для ультра – мужчин нахождение в их душевной организации элементов женского, детского и гомоэротического не вызывает ни удивления, ни возмущения. Это отнюдь не означает, что такие элементы исключены из сексуальной жизни остальных трёх типов, ввиду некоторых особенностей нашего национального менталитета. Попытка дать предварительный анализ концепции андрогинизма в нашей национальной традиции (38) показала как глубину проблемы, так и её сложность для познания сущности «мужского» и «женского» на Руси. Речь идёт об особом аспекте идентичности русского человека, которая сейчас вообще стала практически и теоретически главной проблемой нашей жизни и её осознания. В одной из последних публикаций на эту тему подчеркивается, что «индентификационный хаос стал величайшим кошмаром современной России(39). Отсюда постулируется острейшая необходимость – понять кто мы?; дабы «утверждать себя в качестве русских с утра до вечера и от вечера до утра» (там же, с. 14). Последний пассаж, видимо подразумевает и утверждение в своей специфической сексуальной сущности русского мужчины. Поскольку «русскость» создается не кровью и плотью, а духом и культурой, то очевидно, что необходимо обретение во многом утраченных форм национального самосознания, восстановления культурно-

цивилизационного кода нашего национального бытия. И вот здесь встаёт проблема «мужественности» и «женственности» нашей истории и культуры, о чем ярко и страстно писал ещё 100 лет назад В. Розанов в плане осмысливания дихотомии «мужской» западной цивилизации и «женского» лица России. Очевидно, что и «мужские» и «женские» проблемы коренятся в культурно-цивилизационных особенностях национального менталитета, во «вскрытии» его глубинных пластов, которые страстно разрабатывали и осмысливали гении, и титаны отечественной социально-философской мысли. Они отнюдь не принимали за абсолютную норму, то, что сейчас именуется андроцентрическим уклоном, т.е. позицией оценки с точки зрения маскулинной онтологии, как самих женщин, так и процесс их взаимодействия с мужчинами. Речь в основном шла о взаимодополнительности, поисках внутреннего «андрогина», достраивающего мужское и женское начало до определенной цельности. На этот момент уже было обращено внимание в публикации Е.О. Тищенко (с.40) и очевидно, что этот поворот темы заслуживает углубленного исследования.

Итак, можно подвести определенные итоги исследования судеб мужской сексуальности в современной России.

Во-первых, мужская сексуальность может быть адекватно оценена только как аспект, сторона общечеловеческого сексуального потенциала который в нашу эпоху подвержен различным негативным влияниям глобального характера –экологический кризис, «болезни цивилизации»

(особенно информационные перегрузки в виртуальной реальности), новые облики мужского и женского гендера и образа жизни в связи с изменившейся ролью женщины особенно в западной цивилизации, коммерциализацией сексуальных услуг и, как следствие, острого кризиса доминирующего ранее идеала гегемонной маскулинности.

Во-вторых, выявляется известная культурно-цивилизационная специфика указанного кризиса, связанная с особенностями менталитета, исторически сложившихся стереотипов сексуального поведения русского мужчины, его облика и образа жизни, что дало возможности типизирования этой реальности и демонстрировало возможности методологии индивидуального подхода.

В-третьих, нуждаются в углубленном анализе междисциплинарными средствами проблемы «нормы», «девиации», «извращения» и другие сексологические концепты, несущие, как правило, мощный психологический «заряд» резко разделяющий мужское сообщество и вызывающие нешуточные политические страсти. В решении этих проблем нужно обратиться к нашим истокам, к отечественной социально-философской мысли, особенно Серебряного века русской культуры, которая еще 100 лет назад старалась разгадать и дать ответ на мучительные вопросы нашего национального бытия.

В-четвертых, необходима большая работа по дальнейшему анализу мужского «языка любви», мужского Эроса в современной России. Этот

аспект нашего национального бытия сейчас явно в упадке, на что обратил внимание М.Эпштейн(41). Наши мужчины всё более и более «ярятся» не в исконно русском значении этого слова пылкой страсти, мужской силы и плодородия, а в бытовой и производственной агрессии, включая аутоагрессивное поведение.

В пятых, можно высказать определенный осторожный оптимизм, относительно нашего ближайшего а, тем более, отдаленного будущего. Не перечисляя всевозможные «но» и «если», значительная часть которых плохо предсказуема научными методами, можно полагать, что наш отечественный мужчина может и должен обрести себя в такой специфической и, вместе с тем, всеобщей форме своего существования как любовь, эрос и сексуальность.

ЛИТЕРАТУРА.

1. Жаров Л.В. «Сексуальность человека в пределах науки - что такое?» Гуманитарные и социальные науки 2009 №5. hses-online.
2. Жаров Л.В. «Сексуальность человека за пределами науки: чудо, тайна и авторитет. Гуманитарные и социальные науки 2010 №6. hses-online.
3. Чугунов В.В. «Обоснование интрадисциплинарной (метасистемной) концепции сексологии как модели её аутодисциплинарной идентификации. «Медицинские исследования», 2001, том 1, вып. 1., с. 54-58.
4. Кон И.С. «Мальчик-отец мужчины», М. Время 2009, с. 647.
5. Бауман З. «Индивидуализированное общество» М. 2002.

6. Докинз Р. «Расширенный фенотип: длинная рука гена» М.: Астрель:CORPUS, 2011, с. 38.
7. Моррис Д. «Голый мужчина», М.: Эксмо, 2009,с.8.
- 8.Ерофеев В.В. «Мужчины», М.: Зебра Е.,2005, с.12.
- 9.Соловьев С.М. «Чтение и рассказы по истории России», М.: Правда,1989, с.209.
- 10.Розанов В.В. «Собрание сочинений. Последние листья», М.: Республика, 2000, с. 80.
- 11.Чехов А.П. Полное собрание сочинений и писем. Письма в двенадцати томах. Том пятый, М.:Наука1977,с. 133.
- 12.Розанов В.В. «Религия и культур». Том 1,М:Правда,1990,с.340.
- 13.Ключевский В.О. Афоризмы. Исторические портреты и этюды. Дневники. М.:Мысль,1993,с.32.
- 14.Булгаков С.М. «Свет не вечерний: Созерцания и умозрения». М.: Республика,1994,с.270.
15. Лосский Н.О. «Условия абсолютного добра: Основы Этики; Характер, русского народа» М.: Политиздат,1991,с.194.
- 16.Ключевский В.О. Цит. соч., с. 50.
- 17.Щеголев П.Е. «Любовный быт пушкинской эпохи» М.:Современник,1999,с.268.

18. Клейн Л.С. «Другая сторона светила: Необычная любовь выдающихся людей». Российское созвездие-СПб.: Фолио-Пресс,2002.
- 19.Франк С.Л. «Сочинения» М.: Правда,1990,с.151.
- 20.Стебунова Е.И. «Гендерная проблематика в философской традиции» Вопросы философии 2009, № 11,с.78-90.
- 21.Энгельштейн Лора «Ключи счастья: Секс и поиски путей обновления России на рубеже XIXиXXвеков» М.: ТЕРРА,1996,с.240.
- 22.Федотов Г.П. «Судьба и грехи России»,1 том, С.-Петербург: София,1991,с. 135-136.
23. Гиппиус З.Н. «Арифметика любви»(1931-1939),СПб: ООО Изд-во «Росток»,2003,с.502.
- 24.ТеунМарез «Мужское и женское. В поисках мужественности», К.: «София», М.: «Гелиос»,2001,с.25.
- 25.Никонов А.П. «Конец феминизма. Чем женщина отличается от человека», М: Изд-во Энас,2005,с.252.
- 26.Ерофеев В. Цит. соч., с.128
- 27.Кон И. «Мужчина в меняющемся мире» М.: Время,2009,с.7.
- 28.Жаров Л.В. «Феномен уснувшегоэрота в современной русской культуре (асексуальность как наше будущее)» Гуманитарные и социальные науки 2011,№3; hses-online.
- 29.Жаров Л.В. Состояние мужской сексуальности в современной России. Федеральный конгресс «Сексуальное здоровье мужчины. «Текущие интересы

- науки и здравоохранения» с международным участием.26-27 октября 2013,г. Ростов-на-Дону, с. 34-35.
- 30.Жаров Л.В. «Бисексуальная революция» Ростов-н/Д: Феникс,2003-288 с.
31. Ролан Барт «Фрагменты речи влюбленного» М.: AdMarginem,1999,с. 145-146.
- 32.Кон И.С. Дружба—4-е издание,СПб: Питер,2005-330 с.
- 33.Кон И.С. «Мужское тело в истории культуры», Слово. М.2003,с. 307.
- 34.Жаров Л.В. «Человеческая телесность: философский анализ», изд-во РГУ, Ростов-н/Д, 1988-128 с.
- 35.Фаллос как член общества.- СПб: «Арка»,2004-320 с.
- 36.Розанов В.В. Собрание сочинений. Семейный вопрос в России. М.: Республика, 2004,с. 187.
- 37.Жаров Л.В. «Ребенок в мире Эроса», » Ростов-н/Д, изд-во СКНЦВШ АПСН, 2006,с.14-24.
- 38.Жаров Л.В. «Андрогинная идентичность русского человека: реалии и раздумья» » Ростов-н/Д,изд-во СКНЦВШ АПСН, 2010,с.52.
- 39.Козин Н.Г. «Россия. Что это? В поисках идентификационных сущностей», М.: Академический проект; Альма Матер, 2012, с. 5.
- 40.Тищенко Е.О. «Бунт тела против духа». Федеральный конгресс «Сексуальное здоровье мужчины». Текущие интересы науки и здравоохранения, с международным участием,26-27 сентября 2013,Ростов-н/Д, с.86-87.

41.ЭпштейнН.М. «Solaamoge: любовь в пяти измерения», М.:Эксмо,2011,- с. 496.

Этио-патогенетическая классификация сексуальных расстройств у мужчин

*Ворник Б.М., Кафедра сексологии и медицинской психологии ХМАПО
Киевский центр сексологии, андрологии и репродукции*

Классификация изучаемых явлений справедливо считается фундаментальным направлением развития любой науки. Особенно актуальны вопросы классификации в медицине, где они не только резюмируют научные достижения, но и определяют подходы к диагностике и лечению.

В процессе разработки той или иной классификации различных заболеваний наиболее часто используются следующие методические подходы:

1. Феноменологический – заболевания классифицируются по внешним проявлениям.

2. Симптоматический – заболевания классифицируются по внутренним и внешним проявлениям.

3. Синдромологический – заболевания классифицируются по результатам сочетания образующих признаков или вовлеченных систем.

4. Этиологический – заболевания классифицируются по причинам, вызывающим расстройство.

5. Патогенетический – заболевания классифицируются по механизмам формирования расстройства.

6. Этиопатогенетический – заболевания классифицируются по причине и механизму формирования расстройства.

7. Нозологический – когда название сложилось исторически, было дано автором, описавшим эту форму, ситуацией, при которой болезнь возникает или название происходит из сути проблемы.

Наиболее оправданным является этиопатогенетический подход, который основан на результатах анализа этиологии, патогенеза, клиники, диагностики, дифференциальной диагностики, лечения и профилактики заболевания, являясь классическим вариантом, или «золотым стандартом», в методологии разработки медицинских классификаций.

Классификация сексуальных расстройств не является исключением из правил, оставаясь много лет одним из самых обсуждаемых вопросов медицинской сексологии.

За последние десятилетия предлагалось много различных классификаций сексуальных расстройств. Некоторые из них были революционными в плане развития медицинской сексологии [5, 15, 16, 17, 18], другие уже имеют только исторический интерес [6, 8, 9]. В основе предлагаемых классификаций последних лет частично заложен этиопатогенетический принцип [1, 4, 5], но в ряде работ этот подход, к сожалению, не всегда полностью раскрыт и обоснован.

В последние годы все чаще появляются классификации, которые носят характер «классификации симптомов», подменяя собой описание симптомов или жалоб пациента. Например, классификация расстройств эрекции или эякуляции, или классификация нарушений либидо, которые всего-навсего описывают проявления нарушений эрекции, эякуляции или либидо, являясь только констатацией происходящего с больным. На данный момент по этому же принципу, к сожалению, построена и классификация сексуальных расстройств в МКБ-10 [12, 19]. Подобный диагноз не ориентирует врача ни на понимание причин и механизмов возникающего расстройства, ни на выбор этиопатогенетической терапии.

Существующее множество классификаций привело к тому, что вопрос классификации сексуальных расстройств давно пересек границу научно-прогрессивного регистра и, особенно в последнее десятилетие, превратился в показатель способности или неспособности к логическим заключениям.

Методология диагностики сексологических расстройств

При постановке сексологического диагноза необходимо помнить, что сексуальное расстройство – это всегда симптом какого-то заболевания и/или психического/психологического нарушения, и/или неблагоприятной социальной ситуации, а чаще – всего вместе.

Из этого постулата надо исходить как в постановке диагноза или разработке классификации, так и в выборе методов диагностики и лечения больных.

Для постановки диагноза в сексопатологии врач должен уметь: использовать общеклинические, сексологические, неврологические, урологические, психологические/патопсихологические, лабораторные, инструментальные методы обследования, кроме того, применять опросники/анкеты/шкалы (сексологические, психологические, урологические) для оценки состояния пациента, а также уметь правильно интерпретировать их результаты.

В клинической практике используют два подхода к диагностике: оценка настоящего состояния (здесь и сейчас) и лонгитудинальная (длящаяся во времени) характеристика развития заболевания. Последний подход является особенно

актуальным для диагностики психогенных и смешанных сексуальных дисфункций. При этом, независимо от первичной (базовой) специализации врача, основным методом диагностики в клинической сексологии является метод структурного анализа половых расстройств, основывающийся на общей теории функциональных систем П. К. Анохина и физиологической концепции Г. С. Васильченко о стадиях и составляющих копулятивного цикла [15]. Структурный анализ представляет собой совокупность диагностических алгоритмов, обеспечивающих переход от симптомов к синдромам и завершающихся постановкой развернутого клинического диагноза полового расстройства, с учетом состояния уро-генитального аппарата, гормонального обеспечения, элементарных нервных регуляций и психики больного не в их противопоставлении, а в их интегральном взаимодействии [15].

В дополнение к этому обязательно характеризуется динамика развертывания патологического состояния и выявляются патогенные факторы, совокупное действие которых привело к возникновению сексуального нарушения (с дифференциацией факторов, действие которых ограничилось начальными этапами (пусковые) от факторов, продолжающих поддерживать расстройство).

Только после этого врач может сформулировать диагноз. Довольно часто во время первого приема врачу трудно поставить окончательный диагноз, без дополнительного обследования. В таких случаях выставляется предварительный диагноз, который не вносится в лист заключительных диагнозов до окончательного его установления. Ввиду методологической скудности классификации сексуальных дисфункций, приведенной в МКБ-10, вместе с сексологическим диагнозом выставляются и диагнозы заболеваний или состояний, послуживших причиной возникновения сексуального нарушения.

Диагноз – краткое резюме физического и психического состояния пациента, отражающее в себе причины, механизм развития, объективное состояние пациента и направления лечения.

Часто у практических врачей вызывает недопонимание существующая в литературе путаница между терминами «болезнь», «заболевание», «расстройство» и «дисфункция».

В МКБ-10 четко указано, что при формулировке диагноза по отношению к психическим и поведенческим нарушениям применяют термин «расстройство», т.к. термины «болезнь» и «заболевание» вызывают при их использовании определенные методологические и деонтологические сложности. В отношении же сексуальных нарушений принято использовать термин «дисфункция» как наименее

психотравмирующий термин, который, к тому же, и методологически более точно отражает состояние и изменения сексуальной функции человека.

Кроме того, термин «расстройство» больше подходит к оценке состояния признака функции, например, расстройство эрекции как одного из признаков сексуальной функции. Но изолированные расстройства только одного признака в сексологической практике почти не встречаются, а если и имеют место, то очень короткий период времени в самом начале заболевания. Как правило, расстройство любого из признаков вызывает расстройство всей сексуальной функции, и поэтому варианты диагноза, основанного только на одном признаке, в медицинской сексологии считаются некорректными. Расстройство одного из признаков сексуальной функции, например эрекции, может быть симптомом нескольких форм сексуальной дисфункции, и задача врача – оценить механизм возникновения этого симптома, наличие других скрытых симптомов и определить, какая именно форма сексуальной дисфункции имеет место у данного пациента, чтобы правильно назначить лечение.

Наиболее значимым является вопрос практического использования тех или иных классификаций практическими врачами, которые обязаны прописывать диагноз не только в амбулаторной карте больного (ф. 25/у), но и в других учетных и статистических формах, что впоследствии позволяет проводить экспертизу и аналитическую оценку состояния сексуального и репродуктивного здоровья населения.

Для поиска путей практического решения этих задач мы проанализировали состояние и предварительно выставленные диагнозы 19863 супружеских/партнерских пар и 2813 пациентов-мужчин без партнерши, возрастом от 16 до 84 лет, обратившихся самостоятельно или по направлению других врачей за помощью в Киевский центр планирования семьи, сексологии и репродукции человека за период с 1996 по 2013 г.г.

Был проведен клинический анализ наиболее часто употребляемых классификаций, оценены возможности их применения в практике, с учетом требований МКБ-10 и существующих в практическом здравоохранении статистических и учетных систем, а также оценена частота встречаемости каждой из форм сексуальной дисфункции, что и позволило нам уточнить, доработать и предложить этиопатогенетическую классификацию сексуальных дисфункций у мужчин для практического применения на амбулаторном приеме.

Классификация. За основу предлагаемой нами модифицированной классификации были взяты наиболее распространенные на постсоветском пространстве классификации: И. М. Порудоминского [16], Г. С. Васильченко [15, 17], И. Ф. Юнды [18] и В. В. Кришталя [10], которые, несмотря на свою классичность, увы, не всегда

соответствуют оценке состояния пациента и, к тому же, довольно часто бывают трудны не только для понимания, но даже и для произношения некоторыми современными врачами, а также классификация сексуальных расстройств, приведенная в МКБ-10 [12, 19].

Поскольку физиологических проявлений сексуальности всего четыре (либидо, эрекция, эякуляция и оргазм), то и симптомы нарушений сексуальной функции практически одни и те же при различных формах, т.е. в практике отсутствует специфичность клинической картины различных форм сексуальных дисфункций.

Поэтому каждый конкретный случай заболевания мы относили к той или иной форме сексуальной дисфункции не на основании жалоб и клинических проявлений, а исходя из причины и механизма возникновения сексуальных расстройств, то есть использовали этиопатогенетический подход.

Результаты проведенной работы позволили нам предложить следующую этиопатогенетическую классификацию для практического применения:

А. Сексуальные дисгармонии и дисгамии – 27,3%:

- социально-психологическая форма;
- сомато-психологическая форма;
- смешанная форма.

Б. Сексуальные дисфункции – 72,7%:

И. Психогенная сексуальная дисфункция – 42,8%:

- дебютантная;
- психотравматическая;
- симптоматическая;
- перверзная;
- мнимое сексуальное расстройство.

II. Нейрогенная сексуальная дисфункция – 2,3%:

- кортикальная;
- диэнцефальная;
- спинальная;
- проводниковая;
- рецепторная.

III. Генитальная сексуальная дисфункция – 5,3%:

- токсическая;
- механическая;
- паторефлекторная.

IV. Сосудистая сексуальная дисфункция – 1,8%:

- артериальная;
- венозная;
- артерио-венозная.

V. Эндокринная сексуальная дисфункция – 2,7%:

- гипогонадная;
- дискорреляционная.

VI. Смешанная сексуальная дисфункция – 44,2%:

- ятрогенная;
- инволютивная;
- симптоматическая;
- нарушение психосексуального и соматосексуального развития.

VII. Идиопатическая сексуальная дисфункция – 0,9%:

- алибидемия;
- гиполибидемия;
- гиперлибидемия;
- гипозрексционное расстройство;
- частые болезненные эрекции;
- приапизм – длительные болезненные эрекции;
- перемежающийся ночной приапизм;
- патологические поллюции;
- патологическая мастурбация;
- асперматизм (полный, парциальный);
- ретроградная эякуляция;
- аноргазмия;
- коитофобия.

Клиническая характеристика основных форм сексуальных нарушений. В современной медицинской сексологии принято различать сексуальные дисгармонии и сексуальные дисфункции. Проведенный нами анализ показал, что сексуальные дисгармонии встречаются у 27,3% пациентов, т.е. практически у одной трети. Но при этом они крайне редко диагностируются врачами, видящими у таких мужчин только нарушение эрекции. У остальных пациентов имеют место различные варианты сексуальных дисфункций, среди которых наибольшую распространенность имеют смешанная и психогенная формы.

А. Сексуальные дисгармонии и дисгамии (27,3%). Сексуальные дисгармонии являются следствием рассогласования сексуального взаимодействия супругов/партнеров вследствие нарушения межличностных взаимоотношений, в их основе могут лежать как внутренние личностные факторы одного из супругов/партнеров, так и различные биологические факторы.

При сексуальной дисгармонии каждый из супругов/партнеров в отдельности сексуально здоров, то есть не имеет сексуальных нарушений, но в силу различных факторов их взаимоотношения не приводят к сексуальному удовлетворению одного из них или обоих.

При этом возникает первичное рассогласование во взаимодействии по одному или нескольким основным супружеским факторам – физиологическому, материальному, культурному, сексуальному, психологическому, ведущее к комплексу последствий в виде различных сексуальных нарушений. Часто возникновение сексуальных дисгармоний обусловлено ошибками в подборе партнера.

Дисгамии – это сексуальные дисгармонии между мужчиной и женщиной, состоящими в браке. Как правило, дисгамии особенно тяжело переживаются женщинами. Они часто приводят к разладу в семейных отношениях, разводу, а также могут стать одной из причин возникновения различных неврозов.

Общим для этих двух определений является их функциональный характер: то есть нарушения, приводящие к сексуальной дезадаптации и к последующей сексуальной дисгармонии, а также тот факт, что диагностика и коррекция сексуальных нарушений возможна только в конкретной паре.

Большое число причин и факторов, вызывающих сексуальную дисгармонию, позволило В. В. Кришталю [10] выделить следующие виды дисгармоний: социокультурная дезадаптация, полоролевая, сексуально-эротическая, коммуникативная, конституциональная, биоритмическая, сексуальная аверсия и виргогамия (девственный брак). Для облегчения практического использования ее практическими врачами – урологами, андрологами, сексопатологами, мы свели все виды дисгармоний в три основных клинических формы [11]:

- социально-психологическая;
- сомато-психологическая;
- смешанная.

Социально-психологическая форма сексуальной дисгармонии – это несоответствие представлений, установок, ожиданий, поведения в сексуальной сфере,

являющееся следствием разного воспитания, культурных и религиозных воззрений, а также личностных характерологических особенностей партнеров/супругов.

Сомато-психологическая форма сексуальной дисгармонии наблюдается тогда, когда при относительной сохранности положительного психологического «климата» пара испытывает проблемы в сексуальных отношениях ввиду наличия соматических заболеваний или заболеваний половой сферы обоих или одного из партнеров/супругов или же вследствие различных физиологических различий, связанных с половой функцией (несоответствия размеров половых органов, анатомических особенностей и другое).

Смешанная форма сексуальной дисгармонии объединяет признаки социально-психологической и сомато-психологической сексуальной дисгармонии. Наиболее выраженным вариантом последней стадии смешанной формы сексуальной дисгармонии является *сексуальная аверсия*, при которой имеет место крайне негативное отношение как к сексуальному партнеру, так и к сексу вообще.

Сексуальная аверсия развивается из-за постоянной психологической или социальной неудовлетворенности в отношениях, которая усугубляется наслонившейся сексуальной неудовлетворенностью. В результате чего изначально затрагиваются психологические аспекты межличностного общения (психологическая аверсия) или же сексуальные (сексуальная аверсия), которые, в свою очередь, неизбежно оказывают негативное влияние друг на друга, то есть формируется «патологический круг». Сексуальная аверсия, как правило, приводит к развитию различных форм невротических расстройств. Подобные пары редко обращаются на прием к врачу. Чаще они обращаются к психологу или разводятся. Поэтому на практическом приеме аверсия встречается в 0,08% случаев дисгармоний. Общая же частота сексуальных дисгармоний составила 27,3% от всех случаев обращения за сексологической помощью. Сексуальные дисфункции имели место у 72,7% больных, обратившихся на прием.

Б. Сексуальные дисфункции (72,7%). Анализируя причины и механизмы развития сексуальных дисфункций, становится понятно, что к сексуальным дисфункциям приводят 3 группы факторов: психогенные, соматогенные и смешанные. У каждой из этих групп различный механизм развития сексуальной дисфункции, но симптомы сексуальных дисфункций часто схожи и практически всегда проявляются ослаблением или отсутствием эрекции. Невзирая на схожесть внешних проявлений, лечение каждой из форм сексуальной дисфункции имеет свою специфику. Кроме того, сексологическая симптоматика может протекать на фоне клинических проявлений иного заболевания. Поэтому классификация сексуальных дисфункций была построена

нами исходя из этиологии и патогенеза, а не жалоб и клинических проявлений. Частота встречаемости различных форм высчитывалась из тех 72,7% больных, у которых был установлен диагноз сексуальной дисфункции, принятых за 100%.

I. Психогенная сексуальная дисфункция (42,8%) – расстройство сексуальной функции, которое вызывается различными субъективно значимыми для человека психотравмирующими или стрессовыми ситуациями и особенностями индивидуальной реакции на них.

Особенности психогенных нарушений тесно связаны с типом личности.

Психогенная сексуальная дисфункция может проявляться в следующих клинических формах:

1. Дебютантная – возникает у молодых мужчин как следствие неудачного начала сексуальной жизни. Неудачное начало половой жизни вызывает недовольство собой, тревогу и страх перед последующими сексуальными контактами, а в дальнейшем, в зависимости от личностных особенностей, у человека может развиваться так называемый невроз «ожидания неудачи», характеризующийся навязчивым страхом перед половой близостью, неуверенностью в себе, ожиданием, что «ничего не получится», вегетативными проявлениями.

2. Психотравматическая – возникает вследствие воздействия острого или хронического стресса или психотравмы. При этом степень ее выраженности зависит от особенностей личности. Нарушение возникает по классическому механизму развития психосоматических расстройств.

3. Симптоматическая – возникает при психопатологических расстройствах психотического и непсихотического регистра как симптом или как следствие заболевания, а также может возникать из-за проводимого лечения как осложнение назначаемых психотропных препаратов. Может иметь различные симптомы, в зависимости от основного заболевания. Так, при шизофрении, эпилепсии может иметь место затруднение в наступлении семяизвержения, а при неврозах, астениях, наоборот, может быть ускоренная эякуляция и т.п.

4. Перверзная – возникает в результате невозможности реализовать свои сексуальные предпочтения отклоняющегося характера.

5. Мнимое сексуальное расстройство, или его еще называют псевдоимпотенция, – возникает вследствие дезинформации относительно психогигиены половой жизни, предъявления к себе завышенных требований, не соответствующих физиологическим возможностям.

II. Нейрогенная сексуальная дисфункция (2,3%) – расстройство сексуальной функции мужчины, возникающее вследствие заболеваний центральной и периферической нервной системы, приводящих, в основном, к нарушению нейрогуморальной составляющей сексуальной функции мужчины.

Может проявляться в следующих клинических формах:

1. Кортикальная – возникает при функциональных или органических нарушениях процессов, протекающих в коре головного мозга, возникающих при психических расстройствах или органических заболеваниях головного мозга. Нуждается в дифференциальной диагностике с психогенной сексуальной дисфункцией.

2. Диэнцефальная – нарушение сексуальной функции, возникающее вследствие травматического, токсического или иного патогенного воздействия на гипоталамические центры экзогенными или эндогенными факторами.

К экзогенным факторам относятся: травмы головы, в том числе спортивные, производственные и бытовые интоксикации, длительное употребление алкоголя, наркотиков и других психоактивных веществ, длительное применение некоторых лекарственных препаратов, курение, действие высокочастотных энергий, физическое перенапряжение, профессиональные вредности (ионизирующее излучение, переохлаждение, перегрев, вибрация, шум, химические вещества – нефтепродукты, свинец, ртуть и др.).

К эндогенным факторам можно отнести чрезмерные психические и эмоциональные нагрузки, частые стрессы, длительное истощение хроническими соматическими заболеваниями, почечная и печеночная недостаточность, септические состояния, осложнения перенесенных инфекционных заболеваний.

3. Спинальная – имеет место при повреждениях или заболеваниях спинного мозга, приводящих как к нарушениям проводимости сексуальных импульсов, так и к нарушениям работы спинальных центров эрекции и/или эякуляции.

4. Проводниковая – сексуальная дисфункция, вызванная различными заболеваниями периферических нервов, нарушающими афферентную и эфферентную проводимость чувствительных и двигательных сексуальных импульсов и приводящими к нарушению иннервации половых органов, сосудов, изменению чувствительности рецепторов. Возникает, в частности, при хирургических вмешательствах на половых органах, органах малого таза и т.п.

5. Рецепторная – возникает при повреждении рецепторов окончаний нервных волокон, иннервирующих наружные и внутренние половые органы. При этом могут повреждаться как наружные рецепторы (экстерорецепторная), так и внутренние

(интерорецепторная). К повреждению рецепторов ведут различные патологические процессы и заболевания половых органов и придаточных половых желез.

III. Генитальная сексуальная дисфункция (5,3%) возникает при различных нарушениях и патологических процессах во внутренних и наружных половых органах, а также при их повреждениях или патологиях развития.

Генитальная сексуальная дисфункция в зависимости от причин и механизма повреждения проявляется в виде токсической, механической или паторефлекторной клинических форм.

1. Токсическая – возникает при воспалительных заболеваниях придаточных половых желез.

2. Механическая – возникает при заболеваниях полового члена, нарушающих или ограничивающих возможность проведения полового акта.

3. Паторефлекторная – возникает при нарушении ритма функционирования спинальных центров эрекции и/или эякуляции вследствие частой изнуряющей мастурбации, частых половых актов, в том числе без семяизвержения, длительных периодов воздержания, длительной практики прерывания полового акта с целью предохранения от беременности или продления полового акта, приводящей к патологическому ирритативно-истощающему состоянию функции спинномозговых центров эрекции и эякуляции. В этих случаях нарушения возникают по механизму закрепления патологического рефлекса.

Все эти формы часто сопровождаются вегетативными расстройствами, протекающими с преобладанием тонуса симпатической или парасимпатической нервной системы, что в значительной мере формирует симптом нарушений.

IV. Сосудистая сексуальная дисфункция (1,8%) обусловлена патологией кровеносных сосудов как половых органов, так и магистральных сосудов вне половой системы, например, при синдроме Лериша, системных заболеваниях сосудов, таких как атеросклероз, эндотелиальных нарушениях, ангиопатии, например, при сахарном диабете, при употреблении некоторых лекарственных препаратов и другие.

Выделяют артериальную, венозную и артерио-венозную клинические формы сосудистой сексуальной дисфункции. Некоторые авторы [4] выделяют и эндотелиальную сексуальную дисфункцию, но мы не встретили ни в одном случае самостоятельного изолированного нарушения эндотелия как причины сексуальной дисфункции. Эндотелиальная дисфункция всегда имеет место при соматических системных заболеваниях и является только звеном в патогенезе возникновения как этих заболеваний, так и сексуальной дисфункции.

1. Артериальная – возникает при нарушениях притока крови к кавернозным телам полового члена.

2. Венозная – возникает при патологическом усилении оттока венозной крови от полового члена.

3. Артерио-венозная – возникает при сочетании затруднения притока крови к половому члену и усилении ее оттока.

V. Эндокринная сексуальная дисфункция (2,7%) – возникает в результате различных нарушений в деятельности эндокринных желез, в первую очередь – половых.

Проявляется в следующих клинических формах:

1. Гипогонадная – возникает как следствие любых форм гипогонадизма и гипогонадных состояний.

2. Дискорреляционная – возникает в результате заболеваний эндокринных желез, приводящих к нарушению соотношения между уровнями гормонов и, как следствие, к ожирению, дизэнцефальным расстройствам, нарушению функции половых желез и другим патологическим состояниям.

VI. Смешанная сексуальная дисфункция (44,2%) – имеет место при сочетании двух и более форм сексуальных дисфункций различного происхождения. К смешанной сексуальной дисфункции относят также и те случаи, когда психопатологические изменения возникают как осложнение нейрогенной, генитальной, сосудистой и эндокринной сексуальной дисфункции. Может проявляться в следующих клинко-этиологических формах:

1. Ятрогенная – возникает вследствие психического или физического воздействия со стороны врачей и медперсонала, наносящего вред психологическому или соматическому состоянию пациента.

2. Инволютивная – нарушение сексуальной функции в инволюционный период, вызванное исключительно процессом старения, а не возникшими в старшем возрасте заболеваниями, то есть генетически обусловленным снижением выработки и активности гормонов, уменьшением количества различных рецепторов, снижением разных видов чувствительности тканей, изменением психологического состояния и социальной обстановки.

3. Симптоматическая – клиническая форма, при которой те или иные нарушения сексуальной функции носят характер симптома какого-либо заболевания и не имеют самостоятельного значения. Например: снижение либидо или ослабление эрекции при пневмонии или хронической почечной недостаточности и т.п.

4. Нарушение психосексуального и соматосексуального развития – в зависимости от этиологии, патогенеза и клиники эти состояния могут относиться к психогенной, эндокринной или к смешанной форме сексуальной дисфункции, в зависимости от того, имеют ли место нарушения психосексуального или соматосексуального развития, или их сочетание.

Нарушение соматосексуального развития проявляется в нарушении сроков (задержки, ускорении) соматосексуального развития (оволосение, размеры половых органов, тембр голоса, рост и др.), которое может сопровождаться нарушением полоролевого поведения и сексуальной ориентации.

Нарушение психосексуального развития проявляется в нарушении темпов (задержка, ускорение) психосексуального развития, а также в нарушениях полового самосознания, полоролевого поведения, половой ориентации (исключается гомосексуальная ориентация). Нарушение психосексуального развития часто бывает следствием нарушения соматосексуального развития.

VII. Идиопатическая сексуальная дисфункция (0,9%) – это сексуальная дисфункция неясного генеза по причинам, которые невозможно идентифицировать на данном этапе обследования. Чаще проявляется моносимптомным сексуальным расстройством, когда у человека возникает только расстройство какого-то одного признака сексуальности (симптом), протекающее как самостоятельное заболевание, причину которого врач установить не может, но возможны и сочетания этих симптомов, складывающихся в синдром, но без каких-либо этиопатогенетических закономерностей. Сексуальные расстройства при идиопатической форме могут проявляться такими симптомами как алибидемия, гиполибидемия, гиперлибидемия, гипоэрекционное расстройство, приапизм, патологические поллюции, асперматизм (полный, парциальный), ретроградная эякуляция, аноргазмия, коитофобия и другие.

Понятно, что все эти состояния могут встречаться и при различных формах сексуальной дисфункции или каких-либо соматических или психических расстройствах. Но мы говорим о тех случаях, когда их причину установить не удастся.

Окончательный (уточненный) диагноз. Вписывая диагноз в амбулаторную карту больного, на первом месте пишут сексологический диагноз, установленный исходя из причины обращения и механизма развития дисфункции, то есть, то ради чего пациент обратился на прием. Затем пишут диагноз заболевания или состояния, приведшего к развитию сексуального расстройства с указанием шифра по МКБ-10, а уже дальше диагноз сопутствующих заболеваний, если таковые имеются.

Поскольку не все принятые в практике сексологические диагнозы имеют отражение в МКБ-10 из-за отсутствия международного консенсуса по данному поводу, то на страницу учета окончательных диагнозов в амбулаторной карте пишут тот из установленных диагнозов, который имеется в МКБ-10 и наиболее соответствует состоянию пациента. Если нужно кодировать сексуальную дисфункцию, то это делают по ведущему признаку и в листе уточненных диагнозов будет 2 шифра.

Этот же диагноз будет кодироваться и в статическом талоне. Тем не менее, необходимо помнить, что МКБ-10 несет в основном статистическую миссию, а в клинической практике, предпочтение все же отдается этиопатогенетическому диагнозу и оценке причины обращения за помощью.

Примеры сексологических диагнозов:

1) Психогенная дебютантная сексуальная дисфункция, Тревожное расстройство (F52.2+F41.3).

2) Психогенная симптоматическая сексуальная дисфункция; Неврастения (F52.2+F48.0).

3) Смешанная сексуальная дисфункция; Расстройство половой идентификации, Транссексуализм (F52.2+F64.0).

4) Нейрогенная дизэнцефальная сексуальная дисфункция; Хронический алкоголизм (N48.1 + F10.2)

5) Нейрогенная проводниковая сексуальная дисфункция; Рассеянный склероз (N48.1 + G35.0).

6) Генитальная механическая сексуальная дисфункция; Фибро-пластическая индурация полового члена (N48.1+ N48.6).

7) Генитальная токсическая сексуальная дисфункция; Хронический простатит (N48.1 + N41.1).

При уточненных формах соматических или психических расстройств – второй шифр может меняться.

Заключение: Таким образом, предлагаемые формы четко отражают этиопатогенетический подход и подтверждают самостоятельность такой клинической дисциплины, как медицинская сексология. Приведенная частота различных форм сексуальных дисфункций, полученная на огромном клиническом материале, в отличие от существующего мнения, показывает достаточно высокий удельный вес психогенной сексуальной дисфункции и ее негативное влияние на такие соматические показатели, как уровень гормонов, кровотока в половом члене и другие, что может часто вводить

врача в заблуждение относительно этиологии, патогенеза и формы сексуальной дисфункции, а также направления лечения.

Наличие четкого подхода и единой классификации, легко используемой в практическом здравоохранении, приведет к возможности организовать и внедрить в практику учетно-отчетные статистические формы, характеризующие состояние сексуального и репродуктивного здоровья населения, и проводить объективный анализ заболеваемости, что также поможет оценивать ситуацию и выбирать направления дальнейшего научного исследования.

Литература:

1. Андрология. Мужское здоровье и дисфункция репродуктивной системы: пер. с англ./Под ред. Э.Нишлага, Г.М.Бере. - ООО «Медицинское информативное агентство», 2005.-554с.:ил.
2. Ворник Б. М. Мужчина с сексуальной дисфункцией на приеме уролога-андролога. – Сборник трудов Всемирного конгресса «Мужское здоровье». – Алматы, 2014. – С. 67–70.
3. Гамидов С.И., Иремашвили В.В. «Метаболический синдром в урологии».-М.: Инсайт Полиграфик.2010.-200с.
4. Горпинченко И.И. Классификация сексуальных расстройств у мужчин.-Ж.: Здоровье мужчины.- 2010, №2,-С.84-86.
5. Жуков О.Б. Диагностика эректильной дисфункции. Клиническое руководство.- М.: Издательство БИНОМ.-2008.-184с.,ил.
6. Загородный П.И. Физиология и патология половой функции. -Л., «Медицина», 1975.-264с.
7. Избранные лекции по клинической андрологии/Под ред. Е.В.Лучицкого и В.А.Бондаренко.- Киев, Харьков: Изд-во ООО фирма «Нова Софт»,2010,-144с.:ил.
8. Корик Г.Г. Половые расстройства у мужчин. -Л., «Медицина», 1973.-230с.
9. Кочетков В.Д. Неврологические аспекты импотенции. -М., «Медицина», 1968.-280с.
10. Кришталь В.В., Григорян С.Р. Сексология. – М.: ПЕР СЭ, 2002. – 879 с.
11. Кришталь Е.В., Ворнік Б.М. Сексопатологія: підручник. -К.: «Медицина», 2014.-544с.

12. Международная классификация болезней 10-го пересмотра (МКБ-10). Режим доступа: <http://mkb-10.com/>.
13. Мильман Л.Я. Импотенция. -Л., «Медицина», 1965.-223с.
14. Нарушения половой функции у мужчин при сахарном диабете. / Под ред. М. И. Когана. – М., 2005. – 224 с.
15. Общая сексопатология: Руководство для врачей/Под ред. Г.С.Васильченко.- М., «Медицина», 1977.-487с.
16. Порудоминский И.М. Половые расстройства у мужчин. -М., «Медицина», 1968.-455с.
17. Сексопатология: справочник/Под ред. Г.С.Васильченко.- М., «Медицина», 1990.-575с.
18. Юнда И.Ф. Болезни мужских половых органов. –Киев, «Здоров'я», 1981.-248с.
19. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision. Режим доступа: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en>.

Аннотация

В лекции приведены методология оценки сексуального здоровья и постановки сексологического диагноза. На основании оценки огромного клинического материала (более 20 тысяч пациентов на протяжении 18 лет) приведены основные клинические формы сексуальных дисгармоний у мужчин, частота встречаемости отдельных форм и их этиопатогенетическое обоснование. Также приведены примеры сексологических диагнозов и методы их статистической шифровки, согласно МКБ 10.

Abstract

The lecture presented a methodology for assessing sexual health and staging sexological diagnosis. Based on the assessment of the vast clinical material (more than 20 000 patients during over 18 years) the main clinical forms of sexual disharmony in men are presnted, as well as the frequencyof certain forms and their etiopathogenetic study. It also gives examples of sexological diagnoses and methods of statistical encryption, according to ICD-10.