Распределение наблюдаемых больных по группам ($n = 87$)

Факторы	1-я группа $n = 25$	2-я группа $n = 20$	3-я группа $n = 18$	4-я группа $n = 24$
Возраст, лет	< 30	< 30	≥ 30	≥ 30
Длительность бесплодия, мес.	≤ 24	> 24	≤ 24	> 24

частоту беременностей у их партнерш по сравнению с группой контроля. Однако также необходимо отметить, что коррекция варикоцеле не всегда приводит к улучшению фертильности у мужчин, так как имеются факторы, влияющие на эффективность операции. К таковым относят исходные параметры эякулята, возраст мужчины, длительность бесплодия и ряд других факторов.

Цель исследования — изучение как сочетанного, так и изолированного действия таких факторов, как возраст больного и длительность бесплодия, на эффективность варикоцелэктомии у мужчин с бесплодием и клиническим варикоцеле.

Материалы и методы. Нами были исследованы 87 больных с клиническим варикоцеле слева и бесплодием, перенесших микрохирургическую варикоцелэктомию в условиях РСНПМЦУ за период с 2015 по 2018 г. Больные с нормальными параметрами эякулята, азооспермией и при наличии других причин бесплодия (кроме варикоцеле) были исключены из исследования. Пациенты были разделены на 4 группы в соответствии с возрастом и длительностью бесплодия. Основные параметры групп приведены в таблице.

Параметры эякулята (концентрация сперматозоидов, % прогрессивно-подвижных форм, общая подвижность и общее число подвижных сперматозоидов — ОЧПС) были исследованы в соответствии со стандартами ВОЗ от 2010 г. Нами также была изучена частота беременностей в группах в послеоперационном периоде.

Результаты. У больных 1-й и 3-й групп в послеоперационном периоде (через 3–12 месяцев) параметры эякулята улучшились значительно (95 % ДИ для ОЧПС 18,2–148,2 и 37,3–195,7 соответственно). У больных 2-й группы только концентрация сперматозоидов претерпела достоверные изменения (95 % ДИ 8,8–56,4), тогда как у пациентов 4-й группы ни один из параметров не увеличился значимо (95 % ДИ для ОЧПС 32,6–78,8), хотя по средним показателям можно было выявить тенденцию к улучшению и в данной группе. Однако стоит отметить, что между пациентами разных групп статистически достоверной разницы по изменению параметров эякулята в послеоперационном периоде выявлено не было.

По частоте беременностей в послеоперационном периоде между 1-й, 2-й и 3-й группами достоверной разницы выявлено не было (40, 30 и 33 % соответственно), тогда как она была значимой между 1-й и 4-й группами (40 и 13 % соответственно, 95 % ДИ 0,03–0,52).

Выводы. В соответствии с результатами исследования мы заключили, что возраст и длительность бесплодия по отдельности (при условии, что только один из этих параметров имеет выраженное значение) могут не оказывать значимого негативного влияния на эффективность варикоцелэктомии. В то же время их сочетание (при условии выраженных значений обоих параметров) может оказывать значительное негативное влияние на результаты коррекции варикоцеле у бесплодных мужчин.

ОПЫТ РЕСПУБЛИКАНСКОГО СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ЦЕНТРА УРОЛОГИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПРОТЯЖЕННЫХ СТРИКТУР БУЛЬБАРНОГО ОТДЕЛА УРЕТРЫ

© Ф.А. Акилов^{1,2}, Ш.А. Аббосов^{1,2}, А.Б. Шомаруфов^{1,2}

¹ Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр урологии (Ташкент, Узбекистан);

² Ташкентская медицинская академия (Ташкент, Узбекистан)

Актуальность. Стриктура уретры обычно является следствием травмы мочеиспускательного канала. Наиболее широко распространенным

методом оперативного лечения стриктур стала методика иссечения участка стриктуры с последующим созданием анастомоза конец в конец

и аугментационная анастомотическая уретропластика с использованием различных трансплантатов. Трансплантатом для аугментационного восстановления просвета уретры могут являться лоскут ткани (в том числе на сосудистой ножке), полученный из кожи полового члена (мошонки), полнослойный кожный лоскут или лоскут из слизистой мочевого пузыря, слизистой щеки и губы.

Цель работы — проанализировать результаты корригирующих операций у мужчин с протяженными стриктурами бульбарного отдела уретры, выполненных в Республиканском специализированном центре урологии (учебная база кафедры урологии ТМА).

Материалы и методы. Проведено ретроспективное исследование результатов уретропластики у больных с протяженной стриктурой уретры (более 20 мм) в бульбарном отделе за период с января 2011 по декабрь 2016 г. Оперативное вмешательство выполнено 352 мужчинам, 324 (92 %) из которых в последующем были повторно обследованы. Средний возраст пациентов был $42,9 \pm 8,6$ года (от 21 до 65 лет), протяженность стриктуры уретры у них составила $2,9 \pm 0,5$ см (от 2,0 до 5,5 см). Урофлоуметрию производили через 3, 12 и 18 месяцев после уретропластики, при наличии отклонений от нормативных показателей выполняли рентгенологические исследования и производили необходимые дополнительные манипуляции (уретроскопию, бужирование или рассечение стриктуры под визуальным контролем).

Результаты. Уретропластика с резекцией участка стриктуры и создание анастомоза было выполне-

но в большинстве случаев (у 242 больных, 74,7 %). Следует отметить, что протяженность стриктуры у этих больных была не более 2,5 см и, как правило, после резекции патологического участка уретры и создания анастомоза конец в конец не возникало значительного натяжения вновь созданного мочеиспускательного канала, что могло быть причиной различных осложнений. Освоение методики операции позволило предпринимать корригирующие операции у пациентов со «сложными» и более протяженными стриктурами. У больных с протяженными стриктурами бульбарного отдела уретры применялась методика аугментационной анастомотической уретропластики с использованием трансплантата ткани (слизистая щеки или губы), которая была выполнена 82 (25,3 %) больным. Следует отметить, что частота развития осложнений, в том числе рецидивов стриктуры, потребовавших повторных вмешательств, была выше у пациентов, которым выполнялась аугментационная уретропластика (26,8 % против 14,3 %, $p < 0,05$).

Заключение. При протяженных стриктурах бульбарного отдела уретры, если протяженность стриктуры составляет менее 2,5 см, целесообразно применять анастомотическую уретропластику. При достаточном опыте хирурга и при протяженности стриктуры более 2,5 см необходимо использовать методику аугментационной уретропластики, при которой в качестве графта применяют слизистую щеки с учетом ее хороших пластических и регенеративных свойств.

ПРИМЕНЕНИЕ ВЫСОКОЧАСТОТНОЙ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДОППЛЕРОГРАФИИ СОСУДОВ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА В ДИАГНОСТИКЕ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ И ОЦЕНКЕ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

© С.Х. Аль-Шукри, М.Н. Слесаревская, И.В. Кузьмин, П.В. Созданов, М.К. Потапова

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

Введение. Эндотелиальная дисфункция, наряду с уменьшением продукции оксида азота, играет ключевую роль в механизме развития эректильной дисфункции (ЭД). При этом нарушение артериального кровотока в половом члене, являющееся причиной ЭД, можно рассматривать как раннее проявление генерализованного поражения сердечно-сосудистой системы. Согласно гипотезе диаметра артерий сосудистые нарушения в поло-

вом члене проявляются значительно раньше, чем в ткани миокарда, поскольку мелкие сосуды полового члена имеют вчетверо меньший диаметр по сравнению с коронарными артериями (0,5–1 мм против 3–4 мм). В этой связи ранняя диагностика ЭД и выявление вызвавшего ее нарушения микроциркуляции в половом члене может стать полезным инструментом предикции сердечно-сосудистых заболеваний.