

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.

Цель. Выявить связь между степенью нарушения микроциркуляции в половом члене и наличием и степенью тяжести ЭД, а также риском развития сердечно-сосудистых заболеваний.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 65 мужчин в возрасте $53,8 \pm 2,7$ года, которым проводили анкетирование с помощью опросника МИЭФ-5, измеряли окружность талии, определяли индекс массы тела (ИМТ), содержание в крови глюкозы, уровень общего и свободного тестостерона и коэффициент атерогенности. Кровоток в сосудах полового члена оценивали с помощью высокочастотной ультразвуковой доплерографии (ВУЗДГ) в проекции лакунарных артерий полового члена в неэрегированном состоянии с использованием аппарата «Минимакс-Допплер-К» и датчика с частотой 20 МГц. Измеряли и сравнивали значения линейных скоростных показателей артериолярного кровотока: максимальную систолическую скорость кровотока по кривой средней скорости (V_{as} , см/с), среднюю линейную скорость кровотока по кривой средней скорости (V_{am} , см/с). Полученные результаты были обработаны общепринятыми методами статистического анализа.

Результаты. На основании данных опросника МИЭФ-5 были выделены 2 группы обследованных — с отсутствием ($n = 30$) (МИЭФ-5 21–25 баллов) и наличием ($n = 35$) проявлений ЭД. В зависимости от степени выраженности ЭД выделили подгруппы «легкой» ЭД (МИЭФ-5 16–20 баллов), «средней» ЭД (МИЭФ-5 11–15 баллов) и «тяжелой» ЭД (МИЭФ-5 менее 10 баллов). В группе мужчин без проявлений ЭД были получены следующие

клинические, лабораторные и доплерометрические показатели: ИМТ $22,9 \pm 0,8$ кг/м², окружность талии $90,1 \pm 1,9$ см, коэффициент атерогенности $2,2 \pm 0,3$, тестостерон общий $25,6 \pm 2,3$ нмоль/л, V_{as} $6,77 \pm 0,65$ см/с; V_{am} $1,88 \pm 0,22$ см/с. В подгруппе с «легкой» ЭД: ИМТ $25,9 \pm 1,2$ кг/м², окружность талии $95,8 \pm 2$ см, коэффициент атерогенности $2,8 \pm 0,8$, тестостерон общий $18,8 \pm 2,4$ нмоль/л, V_{as} $5,1 \pm 0,45$ см/с; V_{am} $1,22 \pm 0,11$ см/с. У мужчин со «средней» ЭД: ИМТ $29,4 \pm 1,2$ кг/м², окружность талии $100,8 \pm 1,3$ см, коэффициент атерогенности $3,1 \pm 1,1$, тестостерон общий $11,1 \pm 2,4$ нмоль/л, V_{as} $3,6 \pm 0,42$ см/с; V_{am} $0,9 \pm 0,1$ см/с. У мужчин с «тяжелой» ЭД: ИМТ $33,5 \pm 1,5$ кг/м², окружность талии $106,1 \pm 2,1$ см, коэффициент атерогенности $3,1 \pm 1,2$, тестостерон общий $3,4 \pm 2,8$ нмоль/л, V_{as} $2,52 \pm 0,3$ см/с; V_{am} $0,79 \pm 0,12$ см/с. Выявлена достоверная корреляция между снижением параметров кровотока сосудов полового члена и наличием и степенью тяжести ЭД, а также наличием предикторов сердечно-сосудистых заболеваний — увеличением ИМТ, окружности талии, коэффициента атерогенности и снижением уровня общего тестостерона ($p < 0,05$).

Выводы. Изменение скорости кровотока в сосудах полового члена, выявленное при ВУЗДГ, коррелирует со степенью тяжести ЭД. Установленная связь между нарушениями микроциркуляции в половом члене, наличием и выраженностью ЭД и клиническими и лабораторными показателями, являющимися предикторами сердечно-сосудистых заболеваний, подтверждает значение ЭД как фактора риска развития сердечно-сосудистых заболеваний и увеличивает значимость метода ВУЗДГ.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТАДАЛАФИЛА-СЗ У БОЛЬНЫХ С ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ

© С.Х. Аль-Шукри, С.Ю. Боровец, М.Н. Слесаревская, М.К. Потапова, П.В. Созданов, М.А. Рыбалов

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

Введение. Эректильная дисфункция (ЭД) является наиболее распространенным расстройством копулятивной функции у мужчин и оказывает негативное влияние на их качество жизни. ЭД выявляют у 9,5 % мужчин в возрасте 40 лет и у более чем у 70 % мужчин в возрасте старше 70 лет. Первой линией терапии ЭД является назначение ингибиторов фосфодиэстеразы 5-го типа (ФДЭ-5). В последние годы препараты этой группы стали

также назначать для коррекции расстройств мочеиспускания у мужчин.

Целью нашего исследования явилось изучение эффективности и безопасности Тадалафила-СЗ при лечении пациентов с ЭД с учетом оценки артериолярного кровотока полового члена.

Пациенты и методы. В основу настоящего исследования положены результаты обследования и лечения 25 больных ЭД в возрасте от 25 до