

Таким образом, ретроперитонеоскопическую пиелолитотомию можно рассматривать как альтернативный метод лечения больных с крупными конкрементами почек. При этом следует отметить минимальную травматичность, высокую косметичность данной опера-

ции, что позволяет широко использовать её для удаления крупных камней лоханки почки, одномоментного устранения нефроптоза, иссечения кист почек, восстановления пассажа мочи из почки.

## ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

© *С.Н. Калинина, Д.Г. Кореньков, В.Н. Фесенко*

ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» (г. Санкт-Петербург)

**Введение.** Распространенность эректильной дисфункции (ЭД) среди мужчин 40–70 лет достигает 52 %. ДГПЖ остается распространенным прогрессирующим заболеванием, значительно снижающим качество жизни больных, сопровождающимся дисфункцией нижних отделов мочевыводящих путей и сексуальными расстройствами. В мире отмечен положительный эффект при лечении этих состояний ИФДЭ-5 зарубежного производства. На российском рынке появились отечественные лекарственные средства силденафил-С3 и натуральный биокомплекс БАД эректогенон, которые могут помочь пациентам с ЭД при ДГПЖ и заменить дорогие зарубежные препараты.

**Цель работы.** Оценить клиническую эффективность и безопасность препаратов силденафил-С3 и БАД эректогенон в лечении ЭД у больных ДГПЖ.

**Материалы и методы.** Обследованы 75 больных в возрасте старше 50 лет (средний возраст составил 60 лет) с ЭД при ДГПЖ. Больные жаловались на снижение качества эрекции, снижение либидо, периодическую ноктурию. Длительность ЭД колебалась от 3 месяцев до 5 лет. У всех больных исключены: острые воспалительные заболевания половых органов и нижних мочевых путей, ИППП, сахарный диабет, рак простаты, камни мочевого пузыря, оперативные вмешательства на органах мочеполовой системы, декомпенсированные заболевания, прием нитратов, повышение ПСА более 4 нг/мл. Всем пациентам

выполняли анкетирование по шкалам МИЭФ, IPSS, УЗДГ полового члена и простаты, ТРУЗИ ПЖ, урофлоуметрию, микроскопию секрета ПЖ, исследование половых и гонадотропных гормонов крови. Эффективность и безопасность лечения оценивали через 4 и 12 недель после прекращения лечения. Пациенты были разделены на 3 группы по степени тяжести ЭД. В 1-ю (основную) группу вошли 34 (45,3 %) больных с ЭД умеренной степени (МИЭФ 11–15 баллов), получавшие комбинированную терапию препаратом силденафил-С3 (25 мг в сутки ежедневно) и БАД эректогенон по 1 таблетке 1 раз в день. Во 2-ю группу вошел 21 (28 %) больной с легкой степенью ЭД (МИЭФ 16–20 баллов), получавший только силденафил-С3 25 мг ежедневно 1 раз в день. В 3-ю группу сравнения вошли 20 (26,6 %) больных также с легкой степенью ЭД, получавшие только БАД эректогенон по 1 таблетке 1 раз в день. Длительность лечения у пациентов всех трех групп была 4 недели. Нами не выявлено ни одного больного с тяжелой степенью ЭД (МИЭФ ниже 10 баллов). У больных всех 3 групп уровень половых и гонадотропных гормонов находился в пределах возрастной нормы, а уровень ПСА был ниже 3 нг/мл. При микроскопии секрета ПЖ у всех пациентов содержание лейкоцитов было в пределах нормы, а содержание лецитиновых зерен уменьшено.

**Результаты.** До лечения у больных всех трех групп оценка по МИЭФ не достигала 21 балла. До лечения у 68 (90,7 %) боль-

ных всех групп было снижение эрекции, у 7 (9,3 %) — снижение либидо, у 13 (17,3 %) — преждевременная эякуляция, которая отмечалась чаще у больных в возрасте 50 лет. Через 4 недели у больных 1-й группы после лечения отмечено повышение МИЭФ на 5 баллов — с  $15,2 \pm 5,3$  до  $20,5 \pm 4,9$  балла. У больных 2-й группы МИЭФ увеличился на 2 балла — с  $18,0 \pm 5,2$  до  $20,1 \pm 4,8$  балла, в 3-й группе — на 1 балл: с  $19,1 \pm 5,3$  до  $19,8 \pm 4,8$  балла. В динамике в 1-й группе через 12 недель после прекращения лечения МИЭФ достиг  $22,2 \pm 3,9$  балла, во 2-й группе —  $21,8 \pm 4,3$ , а в 3-й группе —  $21,0 \pm 4,7$  балла ( $p < 0,05$ ). По данным УЗДГ кровотоков в половом члене и простате до лечения у пациентов всех групп был снижен, после лечения увеличение в 4 раза отмечено у больных 1-й группы — с  $6,5 \pm 3,8$  до  $24,8 \pm 8,6$  см/с и в меньшей степени у больных 2-й и 3-й групп. Динамика симптоматики по анкете I-PSS: 1-я группа — исходно было  $7,1 \pm 2,8$  балла, через 12 недель отмечено снижение на 3 балла до  $2,1 \pm 0,9$ , во 2-й и 3-й группах исходно —  $6,5 \pm 3,0$  и  $6,2 \pm 3,1$  балла, через 12 недель —  $5,8 \pm 2,6$  и  $5,0 \pm 2,7$  балла соответственно. Качество жизни в динамике у больных 1-й группы улучшалось быстрее, чем в сравнительных группах. По данным ТРУЗИ объем простаты до и после

лечения был в пределах от 36,8 до 38,1 см<sup>3</sup>. До лечения у больных всех групп определялась остаточная моча в пределах от 21 до 24 мл. Через 12 недель у больных 1-й группы она вообще не определялась, а у больных 2-й и 3-й групп также отмечено уменьшение объема остаточной мочи. Максимальная скорость потока мочи ( $Q_{max}$ ) увеличилась только у больных 1-й и 2-й групп. В результате лечения положительный клинический эффект отмечен у 29 (85,3 %) больных 1-й группы, у 16 (76,2 %) больных 2-й группы и у 11 (55 %) больных 3-й группы.

**Заключение.** Полученные результаты свидетельствуют об эффективности и хорошей переносимости, сочетаемости отечественного препарата силденафил-С3 и отечественного биокомплекса БАД эректогенон в комбинированной терапии больных с умеренной степенью ЭД при ДГПЖ, умеренных снижениях уродинамических симптомов и позволяют рекомендовать данный способ лечения ЭД. При ЭД легкой степени можно рекомендовать монотерапию силденафил-С3 или монотерапию БАД эректогенон, которая может быть применена в комплексной или первичной терапии, а также с профилактической целью 3 раза в год для улучшения эндотелиальной функции.

## ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ РЕПРОДУКТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У МУЖЧИН ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ

© С.Н. Калинина, В.Н. Фесенко, Д.Г. Кореньков

ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» (г. Санкт-Петербург)

**Введение.** Репродуктивные нарушения у мужчин развиваются в 45 % случаев на фоне воспалительных заболеваний мужских половых органов, обусловленных ИППП, которые приводят к бесплодию, что требует тщательного их обследования и лечения одновременно с половыми партнерами.

**Цель работы.** Оценить эффективность и безопасность натурального комплекса многокомпонентной биологически активной добавки

(БАД) к пище спермстронга и тестогенона в лечении репродуктивных, сперматологических нарушений у мужчин, перенесших ИППП.

**Материалы и методы.** Проанализированы результаты обследования 63 мужчин в возрасте от 23 до 45 лет (средний возраст — 34 года) с жалобами на ухудшение показателей эякулята, ослабление спонтанных и адекватных эрекции, отсутствие беременности у жены, сексуальной партнерши в течение 12 мес. и