

М — степень миграции фрагментов разрушенного конкремента, оценивающая на сколько спустились по мочевым путям осколки камня (М = 0 % при отсутствии миграции, когда фрагменты камня остались в полостях почки; М = 25 % при миграции фрагментов до уровня верхней трети мочеточника; М = 50 % при миграции фрагментов до уровня средней трети мочеточника; М = 75 % при миграции фрагментов до уровня нижней трети мочеточника; М = 100 % при отсутствии фрагментов в проекции мочевых путей);

У — степень убыли размеров конкремента, оценивающая на сколько уменьшился камень после литотрипсии (У = 0 % при отсутствии динамики в размерах конкремента; У = 25 % при уменьшении размеров камня  $< 1/2$  от исходного размера; У = 50 % при уменьшении размеров камня на  $1/2$  от исходного размера; У = 75 % при уменьшении размеров камня  $> 1/2$  от исходного размера; У = 100 % при полном разрушении и отхождении);

В — полнота выведения конкрементов, оценивающая количество и процент оставшихся фрагментов конкремента (В = 0 % при отсутствии выведения фрагментов камня; В = 50 %

при частичном выведении фрагментов камня; В = 100 % при полном выведении фрагментов камня).

В результате расчетов получалось числовое значение эффективности дробления камней, по величине которого пациенты объединялись в три группы для определения дальнейшей тактики ведения. При значении эффективности литотрипсии  $< 50$  % пациенту выполняли повторное дробление камней для их достаточной дезинтеграции; при значениях от 50 до 75 % назначали консервативную медикаментозную терапию для полного отхождения фрагментов камней; при значении  $> 75$  % достигалось выздоровление, дополнительного лечения не требовалось.

**Выводы.** Преимущества предложения состоят в том, что в данном случае вводятся универсальные критерии определения результативности литотрипсии вне зависимости от способа и механизма дробления, определяется результативность и эффективность выполняемого дистанционного дробления камней по нескольким критериям: степени миграции фрагментов конкрементов, степени уменьшения размеров камней, полноте выведения песка и камней.

## ОРГАНИЧЕСКАЯ ЭРЕКТИЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ У МУЖЧИН МОЛОДОГО И СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА

© *А.Ю. Шестаев, Н.П. Кушниренко, А.В. Рассветаев, Н.Н. Харитонов, А.А. Сиваков, А.Б. Саматыго, А.Ю. Сергиенко*

ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» МО РФ (г. Санкт-Петербург)

**Цель работы.** Изучить результаты диагностики и лечения органической эректильной дисфункции (ЭД) у мужчин молодого и среднего возраста, по состоянию здоровья годных к военной службе.

**Материалы и методы.** Под наблюдением находились 370 мужчин в возрасте от 18 до 59 лет, страдающих ЭД различной степени тяжести более 6 месяцев. В возрасте 18–30 лет были 19,2 % человек, 31–45 лет — 43,8 %, 46–59 лет — 37,0 %. Среди них 245 пациентов были здоровыми мужчинами, остальные 125 наблюдаемых мужчин относились к группе практически здоровых, т. е. имели хронические заболевания, не снижающие

годность к военной службе. Обследование пациентов включало заполнение анкеты МИЭФ-5, вакуумную и фармакологическую стимуляцию эрекции, доплерографическое исследование пенильного кровотока, определение латентного времени бульбокавернозного рефлекса, фармакокавернозо- и спонгиографию, что позволило определить у них органический характер возникшей ЭД и установить ее патогенетические особенности.

**Результаты.** ЭД легкой степени установлена в 18,9 % случаев, средней — в 52,2 %, тяжелой — в 28,9 %. В процессе обследования выявлены венозная недостаточность пеще-

ристых тел в 41,4 % наблюдений, артериальная — в 20,5 %, артериовенозная — в 22,2 %, кавернозная — в 11,9 %, эндокринная и нейrogenная — в 4 %. Наряду с ЭД больные отмечали и другие копулятивные расстройства: ускорение эякуляции у 49,2 % мужчин, снижение либидо — у 25,1 %, ослабление оргазма — у 12,9 %. Выраженный невротический синдром сформировался у 118 (31,9 %) пациентов. Острое начало ЭД установлено у 7,3 % пациентов и было вызвано приапизмом (1,6 %), травмой полового члена (2,4 %), тазовых органов (2,2 %) и нервной системы (1,1 %). В остальных 343 (92,7 %) случаях ЭД развивалась постепенно, и в 33,8 % из них на фоне различных хронических заболеваний.

Выбор метода лечения осуществлялся с учетом формы и степени тяжести ЭД, возраста и пожеланий пациентов. Консервативное лечение ЭД легкой и средней степеней проведено у 45,7 % пациентов в виде интракавернозных инъекций папаверина и простагландина E1 (43,8 %), перорального приема ингибиторов ФДЭ 5-го типа (41,7 %) и вакуумноконстрикторной терапии (14,5 %). Хороший и удовлетворительный результаты были достигнуты соответственно в 84,1, 80,0 и 55,0 % наблюдений.

Хирургическое лечение было проведено у 63,2 % больных ЭД. Основанием к нему явились тяжелая степень ЭД, неэффективность или не-

приемлемость консервативной терапии при ЭД средней степени тяжести. Среди оперированных пациентов коррекция врожденного искривления полового члена оказалась успешной во всех наблюдениях (22,0 %). У 27,7 % молодых мужчин производилось лигирование дорзальных вен, при этом продолжительный хороший и удовлетворительный результат наблюдался у половины из них. Интракавернозное фаллопротезирование было проведено у остальных 50,3 % из общего числа оперированных больных ЭД при средней и тяжелой степенях выраженности. В отдаленном периоде хороший и удовлетворительный результаты фаллопротезирования наблюдались в 95 % случаев.

**Выводы.** 1. Углубленное обследование пациентов с эректильной дисфункцией позволяет выявить ее основные патогенетические формы. 2. Основными причинами ЭД у мужчин молодого и среднего возраста являются венокорпоральная недостаточность и нарушение артериального кровоснабжения пещеристых тел. 3. Правильный выбор метода консервативного или хирургического лечения эректильной дисфункции, основанный на учете возраста пациентов, формы и степени тяжести эректильной недостаточности, позволяет в 95 % случаев восстановить или поддерживать надежную способность к половой жизни.

## ОПТИМИЗАЦИЯ ВЫБОРА СПОСОБА УРЕТРОПЛАСТИКИ ПРИ СТРИКТУРАХ ПЕРЕДНЕЙ УРЕТРЫ

© *А.Ю. Шестаев, В.В. Протоцак, Н.П. Кушниренко, А.В. Рассветаев, Н.Н. Харитонов, Л.М. Снельников, А.А. Янцев*

ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» МО РФ (г. Санкт-Петербург)

**Цель исследования.** Определить диагностическую информативность МРТ в отношении спонгиоза, локализации и протяженности стриктуры, а также степени сужения просвета уретры.

**Материалы и методы.** На кафедре урологии в 2011 году был разработан протокол исследования, включающий серии Т-1 и Т-2 взвешенных изображений и динамическое усиление. Магнитно-резонансная уретрография выпол-

нена 32 пациентам перед операцией. Наиболее часто наблюдались стриктуры ятрогенной этиологии (59 %), воспалительные стриктуры — 11 %, идиопатические — 15 %, травматические — 15 %. По локализации стриктур пациенты были разделены на следующие группы: бульбозный отдел уретры — 21 пациент, пенильный отдел уретры — 6, сочетанные стриктуры (пенильный и бульбозный, бульбозный и мембранозный) — 5. Средняя