

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

протяженность стриктур — 3,8 см. Средний возраст больных составил 53,1 года. Продолжительность наблюдения за прооперированными больными была от 6 до 30 месяцев.

Результаты. Из 32 больных анастомотическая уретропластика выполнена 10 пациентам, заместительная — 22. На выбор метода оперативного лечения (анастомоз или заместительная уретропластика) результаты МРТ повлияли в 16 случаях (50%). На способ фиксации лоскута при заместительной уретеропластике (дорзальный или вентральный) — в 10 случаях из 22 (45%). Интраоперационные данные соответствовали данным МРТ у всех 32 больных. Из 32 пациентов, которым выполнялась предоперационная МРТ уретры, ни у одного не возникло рецидива стриктуры.

Выводы

1. Магнитно-резонансная уретрография позволяет локализовать стриктуру уретры, определить ее протяженность и степень сужения просвета мочеиспускательного канала, а также оценить изменения спонгиозного тела и переуретральных тканей.

2. Результаты магнитно-резонансной томографии позволили выбрать оптимальный метод операции больным со стриктурами передней уретры, благодаря чему удалось избежать рецидива заболевания (срок наблюдения — 6–30 месяцев).

3. Полученные послеоперационные результаты указывают на необходимость включения МРТ в предоперационную диагностику стриктурной болезни уретры.

ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ МУЖСКОГО ГИПОГОНАДИЗМА

© *А.Ю. Шестаев, В.В. Протощак, Н.Ю. Игловиков, А.Е. Горбунов*

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

Введение. Мужской гипогонадизм — патологическое состояние организма, обусловленное уменьшением уровня андрогенов или снижением чувствительности к ним. Ряд исследований указывает, что симптомы андрогенного дефицита наблюдаются более чем у 30 % мужчин. Для оценки клинической картины и определения эффективности лечения андрогенного дефицита существуют специализированные валидизированные опросники (AMS, ADAM), обладающие высокой чувствительностью, что позволяет их использовать для выявления андрогенного дефицита, однако их применение в клинической практике ограничено высокой трудоемкостью и занятостью врачей. Проявления андрогенного дефицита практически всегда скрываются под клинической картиной других заболеваний, в связи с этим выявляемость андрогенного дефицита остается достаточно низкой. Для повышения качества диагностики предложен пациент-ориентированный интернет-сервис для заполнения опросников и учета лабораторных показателей.

Цель исследования: оптимизация диагностики андрогенного дефицита.

Материалы и методы. Интернет-сервис men.bewell.online разработан в рамках научного сотрудничества клиники урологии Военно-медицинской академии им С.М. Кирова и ООО «Научно-производственной фирмой «ХЕЛИКС» с целью заполнения валидизированных опросников в электронном виде, учета лабораторных показателей и формирования андрологического реестра. Для оценки возможности дистанционного заполнения опросников в клинике урологии Военно-медицинской академии им С.М. Кирова обследованы 50 мужчин (возраст от 18 до 85 лет). Пациентам предлагалось заполнить опросники AMS в бумажном и электронном варианте. Также пациенты заполняли анкету, позволяющую оценить активность использования пациентами Интернета в повседневной жизни, а так же тип устройства для доступа в Интернет и его операционную систему.

Результаты. В ходе проведенного исследования установлено, что 96 % пациентов моло-