

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-

дой возрастной группы активно пользуются Интернетом, 93 % — средней, 88 % — пожилой, 25 % — старческой возрастной группы. Следует отметить, что пациенты моложе 75 лет являются активными пользователями сети Интернет и не имели каких-либо сложностей при заполнении опросников в электронном виде. Кроме того, выявлено, что отсутствует преобладание какой-либо из существующих операционных систем мобильных устройств пациентов для доступа в Интернет, в связи с чем принято решение отказаться от идеи разработки мобильных приложений под конкретную операционную систему и создать интернет-ресурс, оптимизированный для просмотра с любых мобильных устройств.

Среднее время заполнения опросников в бумажном варианте: AMS $3,2 \pm 0,4$ мин; среднее время заполнения опросников в электронном виде AMS $3,6 \pm 0,5$ мин. Результаты заполнения опросников в бумажном и электронном виде были одинаковыми. Слабовыраженные признаки андрогенного дефицита присутствовали у 32 % опрошенных больных, умеренно выраженные — 10 % и сильно выраженные — 4 %.

После завершения заполнения опросников система формирует андрологический паспорт, куда также вносятся результаты лабораторных исследований.

Выводы. Применение опросников позволяет заподозрить наличие мужского гипогонадизма. Результаты заполнения опросников AMS в бумажном и электронном виде идентичны. Дистанционное заполнение опросников в электронном виде через Интернет позволяет заполнять опросники вне приема врача, а также обеспечивает удобную форму хранения и анализа информации. Учитывая современное развитие интернет-технологий, рост компьютерной грамотности, а также активный прирост пользователей сети Интернет среди пациентов, разработка андрологического реестра является крайне перспективным направлением, способным снизить нагрузку на врача и повысить качество диагностики мужского гипогонадизма. Формирование андрологического реестра и его анализ в последующем позволяют надеяться на разработку персонализированной терапии для пациентов с гипогонадизмом.

РОЛЬ «СИМУЛЯЦИОННОЙ ОПЕРАЦИИ» В ВЫБОРЕ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОК С ПРОЛАПСОМ ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ И РЕФРАКТЕРНЫМИ ФОРМАМИ ГИПЕРАКТИВНОГО МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

© Д.Д. Шкарупа^{1,2}, А.О. Зайцева¹, Н.Д. Кубин¹, Е.А. Шаповалова¹

¹ ФГБУ «Санкт-Петербургский многопрофильный центр» МЗ РФ (г. Санкт-Петербург);

² ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» (г. Санкт-Петербург)

Актуальность. Гиперактивность мочевого пузыря (ГАМП) является заболеванием, консенсус в лечении которого не достигнут, особенно это касается ее рефрактерных форм. На сегодняшний день в мире существует множество разных методов лечения ГАМП (медикаментозная терапия, лечение с помощью внутридетрузорного введения ботулотоксина, тиббиальная и сакральная нейромодуляции и т. д.), но ни один из них не имеет статус «золотого стандарта» по причине недостаточной эффективности в целом ряде клинических случаев. В связи с этим требуется поиск новых

видов лечения. Особая группа — это пациентки, у которых имеется сочетание ГАМП с пролапсом тазовых органов (ПТО) 1–2-й ст. При подобных анатомических дефектах и отсутствии функциональных расстройств операция не показана. Однако при наличии симптомов ГАМП последние можно связать с дефектами связочного аппарата. Согласно интегральной теории Р. Petros даже незначительное изменение натяжения фасций и связок влагалища при опущении тазовых органов может привести к активации рецепторов растяжения и включению рефлекса мочеиспускания.