

(IIEF) составлялась по традиционным опросникам: QoI - $3,72 \pm 1,01$ (смешанные чувства-недоволен), IPSS - $20,6 \pm 6,32$ (тяжелая степень), IIEF - $16,1 \pm 8,43$ (средняя степень эректильной дисфункции).

Результаты и их обсуждения:

В 93% случаев был достигнут билатеральный технический успех ЭАП. В 7% случаев выполнена унилатеральная эмболизация артерий простаты. В сроки до 6 месяца после ЭАП была отмечена выраженная динамика индексов: IPSS $13,6 \pm 5,2$ (средняя степень), QoI $2,69 \pm 1,22$ (удовлетворен), IIEF $17,8 \pm 7,24$ (легкая степень эректильной дисфункции). По данным урофлоуметрии через 6 месяцев было отмечено увеличение максимальной скорости мочеиспускания Qmax до референсных значений. У 91% пациентов по данным ТРУЗИ в сроки до 6 месяцев было отмечено снижение объема предстательной железы до 40%, снижение уровня ПСА до 20% от исходного. Осложнений в ходе выполнения операции не было.

Выводы:

Сопутствующие заболевания и пожилой возраст пациентов увеличивают анестезиологический риск при проведении традиционных урологических операций. Этот факт заставляет искать новые методы лечения урологической патологии, в частности доброкачественной гиперплазии предстательной железы. ЭАП является малоинвазивным, высокотехнологичным методом лечения выполняемым под местной анестезией. Полученные результаты говорят о высокой эффективности метода, который позволяет добиться улучшения показателей мочеиспускания, индексов QoI, IPSS, IIEF.

Эректильная дисфункция: комплексный подход к лечению.

Карпов Е.И., Ананьин А.М., Ананьин Б.А.

ГБУ РО «Городская больница № 6», Рязань

ГБУ РО «Городская клиническая больница № 11», Рязань

ГБОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова»

Первой линией терапии ЭД, согласно рекомендациямEAU, является применение ингибиторов фосфодиэстеразы 5 типа и вакуумных аппаратов, создающих локальное отрицательное давление.

Проводился сравнительный анализ эффективности лечения ЭД курсовым использованием локального отрицательного давления (ЛОД), длительным использованием тадалафила 5мг ежедневно и их комбинацией.

В исследование было включено 68 мужчин в возрасте от 30 до 75 лет (средний возраст $60,1 \pm 9,5$ лет), с жалобами на ЭД в течение 2 – 24 месяцев.

Все мужчины были разделены на 3 группы. 1-ая группа (5 чел.) получала только ЛОД-терапию. Использовался аппарат - массажер вакуумный лазерный урологический АМВЛ-01 – ЯРОВИТ. Время процедуры 10 мин. Количество процедур – 10, через день. 2-ая группа (31 чел.) принимали только тадалафил 5 мг ежедневно в течение 3-х месяцев. В 3-ей группе (32 чел.) комбинировали через день ЛОД-терапию с приемом тадалафила 5 мг в течение 3-х месяцев. Эффективность лечения оценивалась через 1, 3, 6 мес.с использованием анкеты МИЭФ-5.

В 1-ой группе (только ЛОД-терапия) пациенты самостоятельно прекратили лечение на 3-7 день из-за отсутствия эффекта. Таким образом, оценить эффективность применения только ЛОД-терапии не удалось из-за низкой комплаентности метода. Во второй группе (только тадалафил) к 1 мес. индекс МИЭФ-5 возрос с $16,8 \pm 3,5$ до $21,3 \pm 2,0$ (+4,2 балла), к 3 мес. индекс МИЭФ-5 составил $22,1 \pm 2,6$ (+0,8 баллов), после окончания приема препарата к 6 мес. индекс МИЭФ-5 составил $18,2 \pm 2,8$ (- 3,9 балла). В 3-й группе (тадалафил + ЛОД-терапия) к 1 мес. индекс МИЭФ-5 возрос с $17,1 \pm 2,8$ до $22,4 \pm 3,1$ (+5,3 балла), к 3 мес. индекс МИЭФ-5 составил $23,4 \pm 3,1$ (+1,0 балл), после окончания приема препарата к 6 мес. индекс МИЭФ-5 составил $21,5 \pm 2,7$ (- 1,9 балла).

Оценить эффективность только ЛОД-терапии не удалось из-за низкой комплаентности метода. Наиболее эффективным оказалось комбинированное применение тадалафила с ЛОД-терапией, что дает более быстрое достижение эффекта и более длительное его сохранение после отмены терапии по сравнению с монотерапией тадалафиллом.

Оптимизация лечения мужчин с расстройствами эякуляции органического и функционального генеза.

Книгавко А.В., Лесовой В.Н., Аркатов А.В., Майборода О.Ф.

ХНМУ, Кафедра урологи, нефрологи и андрологии.

17-я городская клиническая больница

Расстройства эякуляции занимают существенное место в сексуальной дисгармонии супружеской пары и являются наиболее частой физиологической причиной разводов. Среди наиболее часто встречающихся расстройств эякуляции выделяют: синдром преждевременной эякуляции (СПЭ), ретроградную эякуляцию (РЭ) и аноргазмию.

Целью исследования стало выработка алгоритма лечения дизоргазмий и улучшение половой функции мужчин с эякуляторными расстройствами.

Материалы и методы: На базе Харьковско-

го областного клинического центра урологии и нефрологии им. В.И. Шاپовала проведено комплексное обследование и лечение 228 пациентов, страдающих различными формами эякуляторных расстройств.

Результаты: Согласно превалирующему фактору СПЭ было произведено соответствующее лечение в группах со следующей эффективностью (% пациентов удовлетворенных половой жизнью после лечения):

1. При наличии инфекционно-воспалительных процессов головки и простатовезикулярного комплекса – лечении данных инфекций (83 %), в том числе с применением малоинвазивных методик (91,4%)

2. При легкой степени СПЭ без инфекций и неврологических проблем – местно-анестезирующая и поведенческая терапия (87,6 %).

3. При наличии вегетативной и/или психоневрологической дисфункции – использование ИОЗС на срок 4-8 месяцев (81,3 %).

4. При средней и тяжелой степенях СПЭ без неврологических факторов и безуспешности поведенческой терапии проведено хирургическое лечение (селективная нейротомия) (96,2%).

При лечении РЭ пациентов разделили на 2 группы, в зависимости от причины РЭ (функционального или анатомического типа).

В группе 9 пациентов с аноргазмией после радикальной простатэктомии выполнялось ранее (в течении 2 месяцев от операции) эндофаллопротезирование с возможно ранним (до 6 месяцев) возобновлением половой жизни.

Выводы:

1. Использование указанного диагностического алгоритма позволяет добиваться высоких результатов лечения (81,3-96,2%) лечения СПЭ.

2. При средней и тяжелой степенях СПЭ без неврологических факторов мы рекомендуем ранее хирургическое лечение (селективная нейротомия, введение геля гиалуроновой кислоты под уздечку) – эффективность - 96,2%.

3. Назначение неврологических препаратов показано лицам с психо-неврологической, вегетативной дисфункцией и синдромом парацентральных долек (эффективность до 87%).

4. При СПЭ вызванном хроническим обструктивным простатовезикулитом высокоэффективным является трансуретральные катетеризация и дилатация семявыбрасывающих протоков с последующим тушеванием семенного холмика 2% раствором колларгола (91,4%).

5. При наличии ретроградной эякуляции функционального генеза рекомендуется отмена симпатолитиков или назначение симпатомиметиков, а также антидепрессанты (имипрамин).

6. При ретроградной эякуляции анатомического генеза показано введение нерассасывающегося геля в задние отделы простатической части уретры.

7. Раннее (в течении 2 месяцев) эндофаллопротезирование существенно в 2,74 раза уменьшает частоту аноргазмии после радикальной простатэктомии.

Коррекция венооклюзивной формы эректильной дисфункции у пациентов с варикоцеле

А.В. Книгавко, С.Г. Казиев, В.Н. Лесовой, А.В. Аркатов

До 50% мужчин старше 40 лет страдают на ЭД разной степени тяжести, причем с годами их количество увеличивается и доходит до 67% к 70летнему возрасту(по данным исследования MMAS), в первую очередь за счет ухудшения пенильного артериального притока и снижения уровня тестостерона. Однако увеличивается частота случаев ЭД среди особ молодого и среднего возраста, у которых выявляются другие причины патологических факторов эректильных нарушений.

При ЭД, обусловленной патологическим венозным сбросом, имеет место значительный отток венозной крови по патологическим шунтам (через большие подкожные вены или коммуникативные вены), что делает невозможным поддержание эрекции на должном уровне. Учитывая, что варикоцеле также является проявлением патологии вен, обусловленной патологическим током крови, можно предположить врожденную предрасположенность к эктопии и недостаточности вен половых органов у пациентов с коморбидностью ЭД и варикоцеле.

Материалы и методы: На базе ХОКЦУН им. В.И. Шاپовала проведено комплексное обследование и лечение 67 пациентов, страдающих венооклюзивной формой ЭД и варикоцеле. Средний возраст пациентов 38,4+4,6 лет. Данная форма ЭД диагностировалась анамнестически, с помощью УЗИ мошонки и полового члена в доплеровском режиме, кавернозографии. Пациенты предъявляли больше жалоб на удержание эрекции, чем на ее появление, что является характерным признаком венооклюзивной формы ЭД. Пациентам выполнялось хирургическое лечение: операция Мармара с перевязкой вен, идущих от полового члена к семенному канатику.

Результаты: Эффективность оперативного лечения субъективная (по опросникам МИЭФ) – 85,3%, объективная - по отсутствию венозного сброса на доплеровском УЗИ – 94%.

Выводы:

1. Варикоцеле у молодых мужчин с эректильными проблемами является маркером и одной из причин венооклюзивной формы ЭД.

2. Модифицированная (с перевязкой патологических вен, идущих от полового члена к семенному канатику) операция Мармара является высокоэффективным методом лечения таких пациентов.