

Через 3 месяца анализ спермограммы показал достоверную положительную динамику у 73% оперированных больных. Больные наблюдались до 24 месяцев, рецидивов не отмечалось.

Выводы. Применение микрохирургической техники в лечении варикоцеле ведет к уменьшению интраоперационной травмы по сравнению с операциями, выполняемыми по традиционным методикам (Иванисевича, Бернарди) и как следствие к более легкому течению послеоперационного периода, уменьшению времени пребывания в стационаре после операции. Восстановление оттока от яичка через систему подвздошных вен, и полная ревизия вен семенного канатика под увеличением устраняет возможность рецидива. Основным доводом в повсеместном внедрении этой методики, является физиологичность оперативного вмешательства.

Интегральный подход в лечении пациентов с эректильной дисфункцией на фоне системных соматических заболеваний

Печурина И.Н., Еркович А.А.

ГОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет» Росздрава кафедре урологии; Федеральное государственное учреждение «Сибирского отделения медицинского центра Росздрава» г. Новосибирск

В настоящее время активно рассматривается роль системных заболеваний: андрогенодефицита, системного атеросклероза, нейрогенных заболеваний как причины развития эректильной дисфункции (ЭД). Возрастной андрогенодефицит, атеросклеротическое поражение сосудов рассматривается в качестве основного патогенетического механизма развития ЭД. Исходя из этого, применение андрогензаместительной терапии, коррекция липидного обмена, лечение неврологических заболеваний, являясь этиопатогенетически обоснованным лечением, должны уменьшить либо нивелировать проявления эректильной дисфункции (ЭД). Однако на практике подобная терапия бывает эффективна далеко не во всех случаях. Патофизиологические механизмы возникновения ЭД на фоне системных заболеваний предполагают так же изменения локального кровотока, приводя к гипоксии тканей полового члена, угнетению и без того сниженного синтеза NO инициируя процессы фиброгенеза.

Нами проведено исследование за 2004-2008 г результатов консервативного лечения 317 пациентов с васкулогенной формой ЭД средней степени тяжести и сопутствующими соматическими заболеваниями: возрастной андрогенодефицит, системный атеросклероз. Диагноз был подтвержден данными анкеты МИЭФ-5, исследованием гормонального профиля, липидного спектра, НПТ-теста, фармакодоплерографии, риджидометрии.

Первая группа пациентов (107 человек) получала лечение соматических заболеваний и ситуационный прием ингибиторов фосфодиэстеразы 5-го типа (ФЭД-5) мг в течение 3-х месяцев. 2-я группа (210 человек), получавшая лечение соматического заболевания совместно с курсом лечения эректильной дисфункции по разработанной нами программе. Во время стационарного лечения соматического заболевания пациентам 2-ой группы проводилась ЛОД-терапия 15 сеансов, лазеротерапия на область дорзальной поверхности полового члена 10 процедур, амплитуды пояснично-крестцовой зоны 7 раз, электрофорез с папаверином на область спинки полового члена 10 сеансов. Проводилось так же интракавернозное перманентное введение вазоактивных веществ (альпростадил) во время внутривенного введения сосудистых средств 10 процедур. Таким образом, усиливалось периферическое действие системных препаратов. Затем в течение 3 мес пациент получал поддерживающую терапию основного заболевания и принимал ФЭД-5 ситуационно. Результаты лечения оценивались по данным анкеты МИЭФ-5, фармакодоплерографии, риджидометрии. Данные в таблице №1.