

60 лет (средний возраст — $46,1 \pm 9,5$ года), которым назначали препарат из группы ингибиторов ФДЭ-5 — Тадалафил-СЗ в дозировке 5 мг, ежедневно, в течение 30 дней. Критериями исключения из исследования явились артериальная гипотония, использование гипотензивных препаратов и препаратов — донаторов оксида азота, а также индивидуальная непереносимость препарата. До и после лечения выраженность ЭД оценивали с помощью опросника «Международный индекс эректильной функции» (МИЭФ-5). Для оценки кровотока в сосудах полового члена выполняли высокочастотную ультразвуковую доплерографию (ВУЗДГ) микроциркуляторного русла в области боковых поверхностей полового члена в незарегистрированном состоянии с использованием аппарата «Минимакс-Допплер-К» и датчика с частотой 20 МГц. Измеряли и сравнивали в покое до и после лечения Тадалафилом-СЗ показатели линейной скорости артериолярного кровотока: максимальную систолическую скорость кровотока по кривой средней скорости (V_{as} , см/с), среднюю линейную скорость кровотока по кривой средней скорости (V_{am} , см/с).

Результаты. До лечения ЭД легкой степени была выявлена у 8 из 25 (32 %), средней степени — у 12 (48 %) и тяжелой степени — у 5 (20 %) пациентов. Средний балл по шкале МИЭФ-5 составил $13,5 \pm 4,1$. По результатам доплерометрических исследований выраженные нарушения микроциркуляции были выявлены у 12 из 25 (48 %) пациентов. До лечения показатели V_{as} и V_{am}

в среднем составили $3,12 \pm 0,26$ и $0,79 \pm 0,11$ см/с соответственно. После лечения средний балл по шкале МИЭФ-5 достоверно увеличился по сравнению с показателями до лечения и составил $18,4 \pm 4,2$ ($p < 0,05$). У всех больных на фоне проведенной терапии было отмечено уменьшение выраженности клинических проявлений ЭД: у 5 (20 %) больных — исчезновение симптомов ЭД, у 10 (40 %) больных имела место легкая степень тяжести ЭД, у 8 (32 %) — средняя степень тяжести ЭД, и только у 2 (8 %) пациентов ЭД осталась выраженной. Таким образом, количество пациентов с проявлениями тяжелой степени ЭД после проведенного лечения Тадалафилом-СЗ уменьшилось в 2,5 раза. Показатели ВУЗДГ кровотока V_{as} и V_{am} после курса терапии улучшились и в среднем составили $4,53 \pm 0,28$ и $1,12 \pm 0,11$ см/с соответственно. В течение месячного курса лечения Тадалафилом-СЗ в дозировке 5 мг ни у одного больного побочных эффектов не наблюдали.

Выводы

1. Тадалафил-СЗ оказался эффективным и безопасным препаратом для лечения больных, страдающих ЭД.
2. При длительном, в течение 1 месяца, ежедневном назначении Тадалафила-СЗ в дозе 5 мг происходило улучшение копулятивной функции больных, страдающих ЭД.
3. Длительный курс лечения Тадалафилом-СЗ у больных ЭД способствует улучшению показателей артериолярного кровотока полового члена.

РОЛЬ НИЗКОИНТЕНСИВНОЙ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ КОРРЕКЦИИ СЕКРЕТОРНОЙ ПАТОЗООСПЕРМИИ У МУЖЧИН

© С.Х. Аль-Шукри, М.К. Потапова, С.Ю. Боровец, Н.И. Байкалов

ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава РФ (Санкт-Петербург)

Введение. Бесплодием страдает каждая четвертая семейная пара в мире (ВОЗ, 2010). На долю мужского фактора бесплодия приходится 30–50 %. Бесплодный брак сегодня занимает важное место в структуре медико-социальных проблем. Особую значимость представляет секреторная форма мужского бесплодия. Консервативное лечение секреторной патозооспермии в большинстве случаев недостаточно эффективно, в связи с чем возникает потребность в разработке новых, более результативных подходов к ее коррекции.

Цель исследования — оценить эффективность низкоинтенсивной лазерной терапии (НИЛТ) для

коррекции необструктивной патозооспермии у инфертильных мужчин.

Пациенты и методы. В исследование были включены 28 мужчин в возрасте от 23 до 40 лет (средний возраст — $31,0 \pm 5,4$ года), страдающих секреторным бесплодием в течение 1–4 лет (в среднем $2,1 \pm 0,8$ года). Обследование пациентов включало сбор анамнеза, объективное исследование, спермограмму, определение антиспермальных антител (MAR-тест), степени фрагментации ДНК сперматозоидов (ФДНКС) методом SCSA, анализ эякулята методом «Андрофлор» в режиме PCR Real-time для исключения воспалительных

болезней мужских половых органов; определение концентрации гормонов в плазме крови (тестостерон общий и свободный, ФСГ, ЛГ, пролактин, эстрадиол, ГСПГ), анализ крови на АФП, β -ХГЧ, ПСА — для исключения новообразований яичка и предстательной железы, УЗИ органов мошонки в режиме ЦДК. Оценку результатов спермограммы проводили в соответствии с критериями ВОЗ 2010 г. Нормативным показателем ФДНКС считали $\leq 15\%$, MAR-теста — $\leq 10\%$. Критериями исключения из исследования были обструктивная азооспермия, гемоспермия, варикоцеле (II–III стадии и/или признаки ретроградного кровотока в режиме ЦДК), воспалительные болезни уретры и мужских половых органов в фазе активного воспаления, гидроцеле, новообразования органов мошонки, тяжелая сопутствующая патология. После обследования пациентам назначали курс низкоинтенсивной лазерной терапии яичек (в инфракрасном спектре) на аппарате Рубин-Ц. Проводили 10 процедур лазеротерапии через день, с поочередным освещением по 3 минуты обоих яичек (воздействие на 5 точек с экспозицией по 35 секунд на каждую, по передней и задней поверхности, в верхнем, нижнем и центральном сегментах яичка). Сразу после окончания терапии выполняли контрольное обследование пациентов (спермограмма, MAR-тест, определение степени ФДНКС, оценка гормонального статуса).

Результаты. После НИЛТ наблюдалось повышение уровня общего тестостерона в плазме крови у большинства больных в среднем на 18 %, который составил до и после лечения $14,9 \pm 4,7$

и $17,6 \pm 4,8$ нмоль/л соответственно ($p < 0,05$). Свободная фракция тестостерона повысилась в среднем на 71 % и составила до и после лечения $26,7 \pm 5,4$ и $45,7 \pm 31,0$ пмоль/л соответственно. После курса НИЛТ увеличились: объем эякулята — у 14 (50 %) мужчин в среднем на 20 %; концентрация сперматозоидов — у 22 (79 %) мужчин в среднем на 72 %; прогрессивная подвижность сперматозоидов — у 20 (71 %) пациентов в среднем на 48 %. Количество жизнеспособных форм сперматозоидов увеличилось у 18 (64 %) пациентов в среднем на 48 %; а число морфологически нормальных форм — у 12 (43 %) мужчин в среднем в 2,5 раза. У 12 из 14 (86 %) пациентов с патологической степенью фрагментации ДНК сперматозоидов после проведения курса лазерной терапии была отмечена нормализация этого показателя. К окончанию курса НИЛТ у супруг двоих пациентов наступила спонтанная беременность в естественном репродуктивном цикле.

Выводы

1. НИЛТ приводит к значительному улучшению качества эякулята и показателей спермограммы у мужчин с секреторной патозооспермией, снижению патологической степени ФДНКС, что способствует наступлению спонтанной беременности у супруги в естественном репродуктивном цикле.
2. Механизмом оптимизации процессов сперматогенеза можно считать улучшение микроциркуляции в органах мошонки, приводящее к повышению содержания общей и свободной фракций тестостерона.

ТЕРАПИЯ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ МАГНИТНОЙ СТИМУЛЯЦИЕЙ МЫШЦ ТАЗОВОГО ДНА

© Р.Э. Амдий, С.Х. Аль-Шукри, И.В. Кузьмин, Н.О. Кротова, Ю.С. Москалева, Л.Г. Квичидзе, А.С. Пархоменко, Т.Г. Гиоргобиани

ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава РФ (Санкт-Петербург)

Введение. Послеоперационное недержание мочи встречается у 5–26 % пациентов, перенесших радикальную простатэктомию (РПЭ), и значительно ухудшает качество жизни больных. Метод экстракорпоральной магнитной стимуляции (ЭКМС) мышц таза показал свою эффективность при лечении стрессового недержания мочи у женщин, но исследования, посвященные эффективности ЭКМС при лечении послеоперационного недержания

мочи у мужчин, в отечественной литературе представлены недостаточно.

Цель — оценить эффективность ЭКМС нервно-мышечного аппарата таза в лечении пациентов с послеоперационным недержанием мочи после радикальной простатэктомии.

Материалы и методы. ЭКМС была проведена 27 пациентам с недержанием мочи после радикальной простатэктомии, у которых через 3 месяца