

разделились следующим образом: женщин было 311 (25,1 %), мужчин — 929 (74,9 %). Выбор тактики оперативного лечения основывался на существующих Российских клинических рекомендациях (Москва, 2017). Дистанционная литотрипсия (ДЛТ) была выполнена 589 пациентам, что составило $47,5 \pm 1,4$ %, перкутанная нефролитолапаксия — 344 пациентам ($27,7 \pm 1,3$ %), контактная уретеролитотрипсия — 307 пациентам ($24,8 \pm 1,2$ %). Пациенты, подвергшиеся другим видам оперативного лечения, не были включены в исследование.

Результаты. Среди инфекционных осложнений послеоперационного периода у пациентов с МКБ выделяют бактериурию при неинфицированных конкрементах, серозный пиелонефрит, гнойный пиелонефрит и уросепсис. У 149 (12,0 %) пациентов в послеоперационном периоде были отмечены те или иные инфекционные осложнения. Наиболее часто встречалось такое осложнение послеоперационного периода, как бактериурия при неинфицированных конкрементах, — 7,4 % от общего числа пациентов. Вторым по частоте инфекционным осложнением было развитие серозного пиелонефрита — 2,7 % от общего числа пациентов. Гнойный пиелонефрит был выявлен в 1,4 % случаев. Уросепсис является наиболее грозным инфекционным осложнением и развился в 0,5 % случаев.

Среди послеоперационных осложнений инфекционного характера преобладало развитие бактериурии на фоне неинфицированных конкрементов. Данное осложнение не сопровождается интоксикацией и снижением реактивности организма. Общий анализ мочи при развитии бактериурии на фоне неинфицированных конкрементов практически не отличался от нормального. Удельный вес мочи был равен 1,019 (1,015; 1,022) г/л, $p = 0,729$, при этом отмечали незначительное количество белка в моче — 0,12 (0,06; 0,16) г/л, $p = 0,660$. Уровень лейкоцитов в моче превышал

нормальные значения и составлял 5 (3; 7) в поле зрения, $p = 0,043$. Однако помимо бактериурии выявлялась лейкоцитурия, свидетельствующая о развитии местного воспалительного процесса.

У пациентов с серозным пиелонефритом удельный вес мочи был равен 1,014 (1,006; 1,019) г/л, $p = 0,403$, что соответствовало норме. При анализе мочи этой группы пациентов было обнаружено значительное содержание белка 0,49 (0,37; 0,91) г/л, $p < 0,001$, и большое число лейкоцитов 22 (16; 37) в поле зрения, $p < 0,001$. Отмечалась также эритроцитурия — 12 (7; 17) в поле зрения, $p < 0,001$. При этом моча пациентов сохраняла прозрачность. В этой группе пациентов также преобладали оксалатные камни — $91,18 \pm 4,86$ % (31) пациентов. рН не отличался от нормальных значений — 5,4 (4,3; 7,2), $p = 0,782$.

При гнойном процессе удельный вес мочи не снижался и составлял 1,009 (1,004; 1,013) г/л, $p = 0,554$. В этой группе больных была выявлена протеинурия свыше 1 г/л. Пиурия — лейкоциты сплошь в поле зрения. Кроме того, наблюдали эритроцитурию, сравнимую с показателями других групп, — 15 (12; 21) в поле зрения. На фоне выраженной протеинурии и пиурии моча была мутной. Кроме того, отмечали увеличение рН в щелочную сторону — 7,8 (7,3; 8,5), $p < 0,001$. В этой группе пациентов также чаще выявляли оксалаты в моче — $88,24 \pm 7,81$ % (15) случаев.

При уросепсисе происходило снижение удельного веса мочи, нарастание протеинурии, наблюдались пиурия и ощелачивание мочи.

Заключение. Выявленное рутинными методами снижение реактивности организма на фоне интоксикации при развитии инфекционных осложнений в послеоперационном периоде у пациентов с МКБ свидетельствует о перспективах дальнейшего изучения иммунологических механизмов патогенеза развития этой патологии и поиска факторов риска для прогнозирования и профилактики.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОСТАТИЛЕНА АЦ В КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ КОПУЛЯТИВНОЙ ФУНКЦИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ АБАКТЕРИАЛЬНЫМ ПРОСТАТИТОМ

© С.Ю. Боровец, М.А. Рыбалов, А.Г. Горбачев, С.Х. Аль-Шукри

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

Введение. Одной из важных особенностей обследования пациентов сексологического профиля является скудность выявляемых патологических изменений, а иногда их полное отсутствие. В практике не только сексопатолога, но и уролога, андролога, эндокринолога, психиатра, клинического фармаколога имеется постоянная потребность в ко-

личественной оценке состояния мужской копулятивной функции (МКФ) и степени ее нарушений. В 1998 г. О.Б. Лораном и А.С. Сегалом была предложена шкала оценки МКФ (шкала МКФ). Шкала МКФ позволяет не только выявить сексуальное нарушение, но и осуществить его структурный анализ, а также оценить интегральное влияние лечения

исследуемыми препаратами на состояние мужской копулятивной функции.

Препарат «Простатилен-АЦ» суппозитории ректальные, разработанный на основе ранее зарегистрированного препарата «Простатилен» суппозитории ректальные, 30 мг, отличающийся введением в композицию субстанции L-аргинин (100 мг) и цинк (23 мг), уже успел продемонстрировать положительное влияние на основные показатели фертильности при лечении больных хроническим абактериальным простатитом.

Цель исследования. Оценить влияние Простатилена АЦ на копулятивную функцию больных хроническим абактериальным простатитом.

Пациенты и методы. В основу исследования положены результаты лечения 98 больных хроническим абактериальным простатитом в возрасте от 25 до 45 лет (в среднем $35,2 \pm 4,3$ года), у которых наблюдались нарушения копулятивной функции. Основную группу составили 49 больных, которым назначали Простатилен АЦ в виде свечей ректальных. Пациентам группы сравнения (49 человек) проводили лечение Простатиленом в виде свечей ректальных, 30 мг. Длительность терапии в обеих группах составила 10 дней.

Для оценки копулятивной функции все пациенты заполняли анкеты по шкале МКФ до и после курса терапии.

Результаты. При первичном обследовании больных в основной группе и группе сравнения индекс МКФ был меньше расчетного референсного значения: в группе Простатилен АЦ — 34,90 балла; в группе Простатилен — 35,16 балла, что свидетельствует о наличии нарушений копулятивной функции средней степени тяжести на фоне хронического абактериального простатита.

В группе сравнения сумма баллов по шкале МКФ достоверно не отличалась от исходной.

Применение Простатилена АЦ суппозитории ректальные способствовало повышению индекса МКФ на 29,2 % по сравнению с исходными данными, при средней величине показателя во время финального обследования — 45,10 балла. Сразу после лечения Простатиленом суппозитории ректальные 30 мг в контрольной группе наблюдалось повышение среднего уровня МКФ на 21,3 %, а значение показателя достигло нормальной величины (для данной возрастной группы пациентов) и составило — 42,65 балла. Изменение индекса МКФ после лечения по сравнению с результатами скрининга в обеих группах было статистически достоверным ($p < 0,0001$). Простатилен АЦ через месяц от начала лечения проявлял более высокую эффективность в отношении восстановления копулятивной функции пациентов с хроническим абактериальным простатитом, чем препарат, назначаемый в группе сравнения — Простатилен суппозитории ректальные 30 мг, о чем свидетельствует наличие статистически достоверных различий межгрупповых значений показателя МКФ ($p = 0,0033$).

Выводы

1. При лечении больных хроническим абактериальным простатитом Простатиленом АЦ сразу после его окончания и через месяц от начала лечения наблюдается улучшение показателей копулятивной функции.
2. Простатилен АЦ по сравнению с Простатиленом проявляет более высокую эффективность в отношении восстановления копулятивной функции у больных хроническим абактериальным простатитом.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МИКРОНУТРИЕНТОВ — УЛЬТРАФЕРТИЛА ПЛЮС В КОРРЕКЦИИ ИДИОПАТИЧЕСКИХ ФОРМ СЕКРЕТОРНОЙ ИНФЕРТИЛЬНОСТИ МУЖЧИН

© *С.Ю. Боровец, С.Х. Аль-Шукри, М.А. Рыбалов, А.Х. Аюб*

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

Введение. В последние годы среди факторов мужского бесплодия особое значение придается функциональным свойствам сперматозоидов: способности претерпевать акросомальную реакцию, преодолевать цервикальную слизь, проникать в яйцеклетку. Особенно опасны нарушения структуры ДНК сперматозоидов. Вызванная многими факторами, в первую очередь активными форма-

ми кислорода, повышенная степень фрагментации ДНК сперматозоидов (ФДНКС) приводит не только к бесплодию, но и к замершей на ранних сроках беременности у супруги/половой партнерши. Различные неблагоприятные факторы образа жизни мужчины могут приводить к дефициту аминокислот, витаминов и минералов, необходимых для поддержания процессов сперматогенеза на разных его стадиях.