

фаз воспаления, что приводит к гиперплазии соединительной ткани и склерозированию (Зайцев А.В., Пушкарь Д.Ю. и др., 2016).

Мы наблюдали 149 больных хроническим бактериальным простатитом, которые для лечения заболевания получали витапрост-плюс в виде суппозиторий 1 раз в сутки в течение 30 дней. Каждая свеча препарата содержала 100 мг экстракта простаты сампрост в сочетании с ломефлоксацином гидрохлоридом в дозе 400 мг. Ранее было доказано, что препарат из предстательной железы витапрост оказывает органотропное действие, влияя на процессы дифференцировки в популяции клеток, из которых они были выделены. Кроме того, они обладают противовоспалительным и иммуномодулирующим факторами, улучшают кровоток в предстательной железе и усиливают синтез антигистаминовых и антисеротониновых антител.

У всех больных до лечения в эякуляте были выявлены микроорганизмы в концентрации 10^3 КоЕ/мл, в том числе *E. Coli* — у 92 (61,7 %), *E. faecalis* — у 16 (10,7 %) больных, *S. haemolyticus* — у 31 (20,8 %) больного, *P. mirabilis* — у 10 (6,7 %) больных. Эрадикация микроорганизмов после лечения витапростом-плюс была достигнута у

130 (87,2 %) из 149 больных этой группы. Динамика симптомов ХБП на фоне лечения витапростом-плюс по Международной шкале NIH-CPSI была следующей: интенсивность болевого синдрома снизилась с $14,7 \pm 1,3$ до $4,2 \pm 0,3$ балла, дизурия — с $9,4 \pm 0,9$ до $1,1 \pm 0,2$ балла, качество жизни — с $11,2 \pm 1,1$ до $4,0 \pm 0,5$ балла. Существенно улучшился и кровоток в предстательной железе. Если до лечения индекс эффективности микроциркуляции в предстательной железе был равным $0,62 \pm 0,04$ усл. ед., то после лечения — $0,91 \pm 0,03$ усл. ед.

При изучении отдаленных результатов лечения 130 больных ХБП, у которых имела место эрадикация микроорганизмов после приема витапроста-плюс, оказалось, что фаза стойкой ремиссии болезни в течение 3 лет после завершения лечения имела место у 119 (91,5 %) из 130 больных этой группы. Вместе с тем фаза стойкой ремиссии заболевания в предыдущие годы, когда больным с ХБП еще не назначали витапрост-плюс, была выявлена только у 52 (53 %) из 98 наблюдаемых нами больных ХБП, которые для лечения заболевания получали антибактериальные препараты по стандартной схеме внутримышечно или перорально.

СОСТОЯНИЕ ВНУТРИОРГАННОГО КРОВОТОКА В ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЕ У БОЛЬНЫХ ДГПЖ НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ ДУТАСТЕРИДОМ

© *В.Н. Ткачук, И.Н. Ткачук, М.М. Изиев*

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

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) является одним из наиболее распространенных заболеваний мужчин старше 50 лет. В последние годы предложены десятки препаратов для лечения больных ДГПЖ. Среди различных групп препаратов, применяемых у больных ДГПЖ, только ингибиторы 5- α -редуктазы обладают патогенетически обоснованным эффектом, так как предотвращают дальнейшее прогрессирование заболевания, умень-

шают объем предстательной железы и существенно снижают число осложнений этого заболевания. В настоящее время применяют два ингибитора 5- α -редуктазы: финастерид и дутастерид.

У 81 больного ДГПЖ, получавшего дутастерид в течение 48 месяцев непрерывно, мы изучили в динамике состояние внутриорганного кровотока в предстательной железе через 6, 12, 24 и 48 месяцев лечения. Данные приведены в таблице.

Таблица

Состояние параметров внутриорганного кровотока в предстательной железе у больных ДГПЖ в зависимости от длительности лечения дутастеридом

| Показатели кровотока в простате | Исходные данные | Через 6 мес. лечения | Через 12 мес. лечения | Через 24 мес. лечения | Через 48 мес. лечения |
|--|-----------------|----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Плотность сосудистого сплетения (сосуд/см ²) | 3,12 ± 0,29 | 3,02 ± 0,33 | 2,71 ± 0,25 | 2,16 ± 0,31 | 1,94 ± 0,24 |
| Пиковая систолическая скорость кровотока в артериях (см/с) | 17,36 ± 1,51 | 16,15 ± 1,07 | 12,03 ± 1,41 | 9,76 ± 0,99 | 8,06 ± 0,85 |
| Линейная скорость кровотока в венах (см/с) | 7,46 ± 0,64 | 7,07 ± 0,98 | 6,55 ± 0,43 | 5,44 ± 40 | 4,84 ± 0,36 |
| Диастолическая скорость кровотока (см/с) | 5,97 ± 0,71 | 5,51 ± 0,69 | 5,03 ± 0,51 | 4,77 ± 0,46 | 3,57 ± 0,42 |
| Индекс резистентности (усл. ед.) | 0,71 ± 0,09 | 0,67 ± 0,09 | 0,59 ± 0,08 | 0,50 ± 0,07 | 0,44 ± 0,07 |

При оценке параметров кровотока в предстательной железе у больных ДГПЖ до и после лечения дутастеридом оказалось, что при увеличении длительности приема этого препарата снижается и внутриорганный кровоток в предстательной железе. Так, если через 6 мес. лечения плотность сосудистого сплетения снизилась только на 0,10 сосуд/см², или на 3,2 %, через 24 мес. — на 0,96 сосуд/см², или на 30,8 %, а через 48 мес. — на 1,18 сосуд/см², или на 37,8 %, что в 12 раз больше, чем у больных через 6 мес. лечения. Аналогичные данные были отмечены и при оценке других параметров кровотока в предстательной железе у больных ДГПЖ при их лечении дутастеридом.

Основной объективный показатель, характеризующий эффективность медикаментозного лечения больных ДГПЖ, — объем предстательной железы: через 6 мес. приема дутастерида уменьшился только на 1,9 см³, или на 3,5 %, через 12 мес. — на 8,7 см³, или на 15,6 %, через 24 мес. — на 12,1 см³, или на 21,2 %, а через 48 мес. — на 16,5 см³, или на 29,3 %. Следовательно, ингибитор 5- α -редуктазы дутастерид при длительном приеме способствует выраженной редукции железистой ткани предстательной железы, что вызывает снижение кровотока и уменьшение объема этого органа.

ПРЕДИКТОРЫ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ TESE (СОЗДАНИЕ АЛГОРИТМА «ДЕРЕВО РЕШЕНИЙ»)

© В.А. Торопов, С.Ю. Боровец, С.Х. Аль-Шукри

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

Введение. Биопсия яичка показана во всех случаях азооспермии, то есть как при необструктивной (НОА), так и при обструктивной (ОА). Данная манипуляция необходима для получения сперматозоидов из ткани яичка

и последующего выполнения вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ). Известно, что при высоких значениях уровня фолликулостимулирующего гормона (ФСГ) и пролактина (Prl) у больных азооспермией