

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

(при необструктивной форме) вероятность обнаружения сперматозоидов при биопсии яичек невелика (Гамидов С.И. и др., 2015; Кульченко Н.Г. и др., 2016).

Цель исследования. Определить ведущие факторы результативности открытой биопсии яичка (TESE) у больных азооспермией, на основании которых построить алгоритм прогнозирования вероятности обнаружения сперматозоидов.

Пациенты и методы. Обследовано 76 мужчин с необструктивной азооспермией в возрасте от 20 до 55 лет (в среднем $34,5 \pm 2,3$ года). Всем больным производили: опрос, включая выяснение наличия инфекционного паротита в анамнезе, осмотр, пальпацию и УЗИ органов мошонки. Гормональные исследования включали определение в плазме крови: лютеинизирующего гормона (ЛГ), ФСГ, Prl, общего тестостерона (Т) и свободной его фракции (FT), а также глобулина, связывающего половые гормоны (ГСПГ). Нормативными показателями

содержания гормонов в плазме крови считали их референтные значения для мужчин в следующих диапазонах: ЛГ — от 0,8 до 8,4 МЕ/л, ФСГ — от 1,1 до 11,8 МЕ/л, Prl — от 105 до 540 мМЕ/л, Т — от 12 до 38,3 нмоль/л, FT — 3,5–98,0 пмоль/л, ГСПГ — 12,4–78,4 нмоль/л. Для анализа полученных данных использовали метод статистического анализа — построение алгоритма «дерево решений».

Результаты. По результатам исследования оказалось, что при низком уровне ФСГ частота обнаружения сперматозоидов в биоптатах яичка при исследовании суспензии тестикулярной ткани зависит от наличия в анамнезе пациента инфекционного паротита. Если уровень ФСГ в плазме крови у этих больных $\leq 17,86$ МЕ/л, то сперматозоиды чаще были обнаружены, причем чаще у мужчин в возрасте старше 39 лет (см. рис.). При этом если инфекционного паротита в анамнезе не было, то сперматозоиды чаще определяли в биоптатах при уровне ФСГ в плазме крови $\leq 17,86$ МЕ/л.

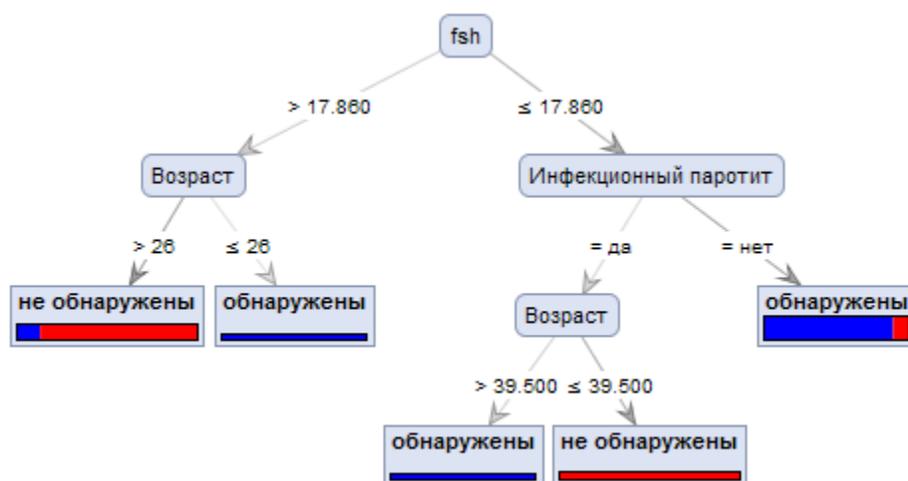


Рис. Алгоритм «дерево решений»

При уровне ФСГ $> 17,86$ МЕ/л частота обнаружения сперматозоидов также зависела от возраста больных азооспермией. У этих больных в возрасте 26 лет и старше сперматозоиды были обнаружены лишь у 2 из 15 (13%), тогда как не обнаружены у 13 из 15 (87%) больных. Чувствительность метода составила 0,86, специфичность — 0,75; предсказательная способность необнаружения сперматозоидов — 0,69, обнаружения сперматозоидов — 0,89.

Выводы

1. Наиболее значимым эндокринным фактором, влияющим на частоту выявления сперматозоидов, является уровень ФСГ в плазме крови.
2. Клиническими факторами, влияющими на исходы TESE, являются возраст больных и наличие инфекционного паротита в анамнезе.
3. Вероятность обнаружения сперматозоидов при биопсии яичка минимальна при уровне ФСГ в плазме крови $> 17,86$ МЕ/л, особенно у больных старше 26 лет, а также при наличии в анамнезе инфекционного паротита.