

составил  $2,9 \pm 0,75$  мл. Вязкость эякулята снизилась и в среднем составила  $1,17 \pm 0,15$  см. Время разжижения спермы составило от 25 до 30 мин, в среднем  $28,75 \pm 2,5$  мин. Реакция спермы колебалась от 7,5 до 8,2 и в среднем составила  $7,8 \pm 0,36$ . Концентрация сперматозоидов повысилась и составила  $85,5 \pm 39,6$  млн/мл. Процент живых сперматозоидов достоверно увеличился и в среднем составил  $84,25 \pm 2,87\%$ . Процент активноподвижных сперматозоидов также повысился и в среднем составил  $43,75 \pm 33,21\%$ . Процент малоподвижных сперматозоидов был от 4 до 48% и в среднем —  $26,75 \pm 18,21\%$ . Процент дегенеративных сперматозоидов умень-

шился и в среднем составил  $21,25 \pm 8,99\%$ . Количество лейкоцитов снизилось и в среднем составило  $2,0 \pm 0,82$ . Уровень антиспермальных антител не превышало 20 единиц.

Таким образом, при обследовании пациентов с бесплодием и эректильной дисфункцией необходимо тщательное обследование органов мошонки и при выявлении патологической миграции яичка показано выполнение операции — пластика паховых каналов, которая приводит к нормализации микроциркуляции и температурной регуляции яичка с последующим восстановлением сперматогенной и гормональной функции яичка.

УДК:616.65-002+616.12-008:616.65-009.7

## ИШЕМИЯ ПРОСТАТЫ – РЕАЛЬНОСТЬ?

*М.И. Коган, И.И. Белоусов, А.В. Шангичев*

*Ростовский государственный медицинский университет, г. Ростов-на-Дону, Россия*

**Введение.** Природа ХП/СХТБ ШБ остается неясной. Целью исследования явилась морфологическая оценка ткани простаты с учетом уровня липидов крови и показателей артериальной поддержки простаты у пациентов с ХП/СХТБ ШБ, толерантных к стандартной терапии.

**Материал и методы исследования.** Изучены 5 пациентов в возрасте 27 [24; 29] лет с длительностью ХП/СХТБ ШБ 4 [3; 6] лет. Проводимая в течение 4 [4; 5] лет стандартная терапия оказалась неэффективна. Симптомы определены анкетой NIH-CPPS. Всем пациентам исследовали уровень липопротеинов крови, выполняли трансректальное дуплексное картирование простаты (ТЦДК). Учитывали пиковую скорость артериального интрапростатического кровотока ( $V_{max}$ , ml/sec). Результаты сравнивали с аналогичными показателями, полученными от 30 добровольцев. Пациентам производили двухфокусную (периферическая часть правой и левой долей простаты) трансректальную биопсию простаты. Морфологическая оценка биоптатов выполнена посредством световой микроскопии, электронной микроскопии, иммуногистохимии (оценка CD-31, CD-34, S-100, NSE маркеров). Данные представлены в виде Me [LQ; UQ].

**Результаты и их обсуждение.** Опросник NIH-CPPS: общий счет симптомов составил 28 [21; 33], индекс боли — 13 [12; 16]. Анализ ли-

попротеинового спектра крови: ХС, ЛПНП и ИА выше нормы в 100% случаев, ТГ и ЛПОНП выше нормы в 80% случаев, а ЛПВП ниже нормы в 20% случаев. ТЦДК:  $V_{max}$ : 3,8 [3,2; 5,2],  $R_i$  0,92 [0,81; 0,92]. Нормативные параметры:  $V_{max}$ : 19,9 [18,6; 22,7] ( $p < 0.05$ ). Морфология: во всех случаях признаков воспаления не найдено. Выявлен массивный фиброз с замещением мышечной ткани грубыми коллагеновыми волокнами. Отложение липофусцина в мышечных клетках и стенках капилляров. Сосудистая плотность снижена. Стенки артериол гиалинизированы, просвет значительно сужен, в мелких артериолах — сладжи эритроцитов. Повреждение эндотелия всех капилляров, их сдавление за счет фиброза. В эндотелиоцитах — кариопиноцитоз. Нервные волокна мелкие, немногочисленны, дегенерированы. Дегенеративные изменения синапсов.

**Выводы.** ХП/СХТБ ШБ — невоспалительное поражение, где боль является ведущим симптомом. При этом состоянии достоверно определяются дислипидемия, снижение артериальной поддержки простаты. Морфологическая картина простаты соответствует признакам ишемических изменений, обусловленных поражением сосудов. Учитывая результаты функциональной оценки кровотока в простате предлагается считать хроническую ишемическую болезнь простаты одной из основных причин ХП/СХТБ ШБ.