

Процент увеличения диаметра кавернозных артерий (ПУДКА) рассчитывали по формуле: $100 \times (D_2 - D_1) / D_1$, где D_1 - средний диаметр кавернозных артерий до воздействия ИК-излучателя; D_2 - средний диаметр кавернозных артерий после воздействия ИК-излучателя. Изменения диаметра плечевых артерий рассчитывали как процентное отношение разности между диаметром после и до воздействия ИК-излучателя к диаметру до воздействия излучателя.

Результаты. Средние значения ПУДКА достоверно были меньше в основной группе ($p < 0,001$) по сравнению с контрольной (средние значения 15,9 \pm 9,8 и 58,8 \pm 15,0 соответственно). Достоверно меньшими оказались показатели процента увеличения диаметра плечевых артерий в основной группе (11,6 \pm 2,8), чем в контрольной (17,5 \pm 3,2). Среди пациентов основной группы ЭД выявлена в 75% (15 больных) случаев, причем артериогенного характера (фармако-доплерография ФДГ сосудов полового члена). В 25% случаев выявлялась эндотелиальная дисфункция кавернозных артерий полового члена, без субъективных и объективных (ФДГ) эректильных нарушений. Помимо этого, в основной группе в отличие от контрольной, выявлялась парадоксальная вазоконстрикция в 40% случаях при воздействии ИК-излучателя на кавернозные артерии, и у 10% - на плечевых артериях, что соответствует литературным данным. У 20% больных эндотелиальная функция на плечевых артериях соответствовала нормальным показателям, однако выявлялась эндотелиальная дисфункция на кавернозных артериях. У больных с ЭД выявлена достоверная корреляция между ПУДКА и процентным увеличением диаметра плечевых артерий.

Заключение. Предварительные результаты настоящего исследования показывают, что эндотелиальная дисфункция кавернозных артерий может быть выявлена по предложенной оригинальной методике у больных с МС как на уровне органических, так и функциональных изменений эндотелия. Методике обследования требуется дальнейшая разработка и интерпритация.

Клинико-морфологическое исследование слизистой оболочки мочевого пузыря при доброкачественной гиперплазии предстательной железы

Бобоев М.М., Исаенко В.И., Айдагулова С.В., Панферов А.С.

Кафедра урологии ГОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет» Росздздра, НИИ региональной патологии и патоморфологии СО РАМН.г.Новосибирск.

Мнообразие клинических проявлений у больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы во многом связано с сочетанностью поражения предстательной железы и мочевого пузыря. Последнее в значительной мере отражается на выборе комплекса рациональной терапии и, несомненно, в эффективности лечения этой категории больных.

Исследовано 14 пациентов в возрасте от 59 до 80 лет. Проведены лабораторные исследования мочи и крови (включая определение уровня ПСА), пальцевое ректальное исследование, УЗИ мочевого пузыря и предстательной железы с определением объемов остаточной мочи, предстательной железы, интраоперационный осмотр и патоморфологическое исследование образцов слизистой оболочки мочевого пузыря, предстательной железы.

В клинической картине доминировали дизурические явления, в 68% случаев выявлена микрогематурия (эритроцитурия до 20 в поле зрения), лейкоцитурия (лейкоциты до 30 в полях зрения). Давность заболвания составила от 1 до 4 лет. Показатели ПСА составили от 0,66 до 9,6 нг/мл. У 6 пациентов (42,8%) уровень ПСА был выше 4 нг/мл, что явилось показанием для трансректальной биопсии, при этом признаки аденокарциномы предста-