

SUMMARY
INTRODUCTION OF THE ENDOVIDEOSURGERY TO THE PRACTICE OF
CHILDREN'S SURGERY AT TAJIKISTAN

Sh.R. Sultonov

The author used endovideosurgical methods in 53 children with pathologies of abdomen and cavity behind abdomen. Results were very good. Operation-wounds on anterior abdomen-wall were 0,5-1,0 cm on which put one-two stitches only. The method expels the use of wide in lamella cut of abdomen-wall of 15-25 cm. Method-advantages are small injuries of operation-admission, good visualization of all operation-stages, relaxation of post-operating pain, absence of paresis of intestines, yearly rehabilitation of physical activity, decreasing post-operating complications (for example commisure-desease) and hospital-terms, optimal cosmetic effect.



ВОЗРАСТНЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЁННОГО
ВЫВИХА БЕДРА

Д.У. Урунбаев, Д.М. Сафаров, М.А. Шокаримова
Кафедра травматологии и ортопедии ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Ключевые слова: врождённый вывих бедра, дисплазия тазобедренного сустава, паллиативные реконструктивно-пластические операции

Актуальность. Врождённый вывих бедра (ВВБ), несмотря на значительные успехи в консервативном и оперативном лечении, продолжает оставаться одной из актуальных проблем ортопедии детского возраста и юношей. Частота его колеблется от 0,3 до 10,9% (1,2,5). Профилактическая направленность данной проблемы сводится к возможно более раннему выявлению и лечению детей с различной степенью тяжести, неправильного развития тазобедренного сустава (ТБС). Наиболее эффективным является лечение, начатое в первые дни и недели жизни ребёнка, когда ещё отсутствуют вторичные изменения элементов ТБС (2,3,6).

Многие авторы утверждают, что отдалённые результаты лечения ВВБ тем хуже, чем больший срок прошёл после устранения вывиха (2,3). Безуспешность консервативного лечения ВВБ, патологические изменения в ТБС, связанные с несвоевременным консервативным вправлением в основном служат показаниями к оперативному лечению (4,5,7). Существующие многочисленные методы хирургического лечения ВВБ не удовлетворяют ортопедов и больных своими отдалёнными дегенеративными последствиями и рецидивами.

Таким образом, в проблеме подбора эффективного метода лечения ВВБ в возрастном аспекте остаётся множество вопросов, которые необходимо изучить и решить ортопедам.

Цель – определение наиболее адекватных методов лечения ВВБ в возрастном аспекте и улучшение результатов консервативного и оперативного способов лечения у детей и подростков.

Материал и методы исследования. Работа по организации раннего выявления и лечения дисплазии тазобедренного сустава (ДТС) проводилась в Душанбе и других городах республики путём регулярного осмотра детей в роддомах и дошкольных учреждениях. К сожалению

нию, с распадом налаженной системы советского здравоохранения, разрушилась и система профилактической ортопедии и диспансеризации. Во многих городских и районных больницах и поликлиниках закрылись травматолого-ортопедические отделения и кабинеты, прекратилось диспансерное наблюдение за больными с ВВБ.

Мы располагаем опытом консервативного и оперативного лечения 949 больных (1093 сустава) с ВВБ в возрастном аспекте (табл. 1). Среди них преобладали девочки – 788 (83,1%). Основную часть составили больные в возрасте до 3-летнего возраста - 815 (85,9%), которым проведено консервативное лечение. Левосторонние поражения отмечены у 592 (54,2%), правосторонние – у 222 (20,3%) и двусторонние - у 279 (25,5%).

Таблица 1
Распределение больных по полу, возрасту и сторонам поражения

Возраст больных	Пол				Поражённые суставы						Всего	
	девочки		мальчики		лево- сторон- ные		право- сторон- ные		двусто- ронние		КОЛ-ВО БОЛЬНЫХ	КОЛ-ВО СУСТАВОВ
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%		
до 9 мес.	513	85,5	87	14,5	362	53,3	139	20,4	179	26,3	600	680
6 мес. - 3 года	162	75,3	53	24,7	136	50,8	54	20,1	78	29,1	215	268
3-9 лет	63	82,9	13	17,1	45	53,6	21	25,0	18	21,4	76	84
10 лет и старше	50	86,2	86	13,8	49	80,3	8	13,1	4	6,6	58	66
Итого	788	83,1	161	16,9	592	54,2	222	20,3	279	25,5	949	1093

Результаты и их обсуждение.

1. Раннее лечение детей с дисплазией тазобедренного сустава

Раннее лечение детей с дисплазией тазобедренного сустава (ДТБС) I-II степени проведено у 600 детей, лечившихся в детской областной поликлинике Худжанда. Девочек было 513 (85,5%), мальчиков 87 (14,5%). Поражение левого ТБС отмечено у 362 (53,3%), правого – у 139 (20,4%) и двустороннее – у 179 (26,3%). Лечение начиналось с 3 недель после рождения до 9-месячного возраста при помощи широкого пеленания, отводящих штанишек, шины ЦИТО, Виленского и Волкова. Из-за сложности их изготовления, недоступности удержания конечности в положении дозированного отведения и гигиенического ухода за промежностью ребенка, одним из авторов (М.А. Шокаримова) была предложена специальная подковообразная шина, изготавливаемая из оргстекла или фанеры, на которую одевался специальный чехол из фланелевой ткани со специальными ремешками для удержания конечностей в положении необходимого отведения. Тазовая область находится в свободном пространстве между ножками шины, что облегчает гигиенический уход за промежностью и позволяет проведение массажа и физиопроцедур. При лечении шиной детей до 3-месячного возраста - полное восстановление анатомической формы и функции сустава отмечено у 100%, от 3 до 6 мес. – у 85% и старше 6 мес. – у 75% больных.

2. Функциональное вправление врождённого вывиха бедра

В случае поздней диагностики или при безуспешном консервативном лечении различными шинами 215 детям (268 суставов) в возрасте от 6 мес. до 3 лет проведено функциональное

вправление ВВБ. Среди них левосторонний вывих был у 136 (50,8%), правосторонний – у 54 (20,1%) и двусторонний – у 78 (29,1%). Детей в возрасте от 6 мес. до 1 года было 46 (21,6%), 1-2 года – 136 (63,1%) и 2-3 лет – 33 (15,3%). Функциональное вправление использовано у детей со II и III степенью ДТБС и проведено на специальной детской кровати, смонтированной полуовальной дугой с подвижными фиксаторами-блоками с 2 сторон для медленного отведения конечностей. После накладывания клеевой или лейкопластырной манжетки обе конечности подвешивают на подвижные фиксаторы и натягивают до отрыва ягодич от постели. Через 2 дня после адаптации ребёнка начинается медленное отведение конечностей у детей до 1 года по 5-10% в течение 2 недель, а у детей до 3 лет – 3-4 недели медленно из-за наличия дистрофических и спаечных образований в тазобедренном комплексе. Дополнительная тяга по оси шейки бедра начинается при достижении угла отведения до 70-80°. После достижения клинического и рентгенологического признаков вправления вывиха во всех случаях накладывали тазобедренную повязку в положении Лоренца-1 на 3 месяца с палочной распоркой. В процессе лечения больные получали комплексное лекарственное лечение, физиотерапевтические процедуры. После снятия гипсовой повязки конечности фиксировались шиной Виленского без нагрузки до 3-4 месяцев. Осевую нагрузку на конечности детям до 1 года разрешали через 4 месяца, а от 1 до 3 лет – через 6-8 месяцев.

Анализ ближайших и отдалённых результатов в течение 2-5 лет показал, что хорошие и удовлетворительные клинические, функциональные и рентгенологические показатели отмечены у 211 детей (323 сустава), а у 4 детей до 3-летнего возраста с двусторонним поражением, с одной стороны вывих не вправился. Мы не согласны с некоторыми авторами (1), которые производят функциональные вправления скелетным вытяжением. При этом методе вероятность вправления вывиха невысока, вызывает воспалительный процесс мягких тканей вокруг спиц и болевой синдром.

3. Адекватные методы открытого вправления вывиха бедра

Нами оперативному вмешательству подвергнуты 76 больных (92 сустава) в возрасте 3-9 лет с ВВБ II-III степени. Девочек было 63, мальчиков 13. Односторонние поражения зарегистрированы у 60 больных (левосторонние - у 42, правосторонние – у 18), двусторонние – у 16 (24 сустава). Основными показаниями к оперативному лечению являлись: позднее обращение (72 чел.), особенно из сельской местности, и у 4 детей, получивших функциональное лечение (у 2 вывих не вправился с одной стороны и у 2 наступил рецидив вывиха), связанный с нарушением послеоперационного ортопедического режима.

В начале своей работы нами использованы операции Колонна, Заградничека и Колонна-Заградничека (250 операций). Однако наблюдение отдалённых результатов показало, что у более 79% развились тяжелые деструктивные изменения ТБС, контрактуры и нарушения опорности конечности у более 75%, в связи с чем, в настоящее время указанные операции не производятся.

Таблица 2

Характеристика больных по возрасту и видам операции

Возраст больных	Открытое вправление		Открытое вправление с коррекцией ШДУ и торсии		Открытое вправление с коррекцией ШДУ и ацетабулопластика по Тихоненкову-Мельникову		Межвертельная корригирующая остеотомия таза по Солтеру	
	К-во боль-ных	К-во суставов	К-во боль-ных	К-во суставов	К-во боль-ных	К-во суставов	К-во боль-ных	К-во суставов
3-5	4	4	12	12	5	7	7	9
6-9	-	-	13	15	17	18	18	19
Итого	4	4	25	27	22	25	25	28

Способ хирургического лечения подбирали после тщательного анамнестического, клинического, рентгенологического и возрастного обследования (табл. 2):

А. Открытое вправление вывиха без углубления впадины использовано у 4 детей, в случае отсутствия вправления после функционального способа или при рецидиве вывиха, при нормальной торсии и шеечно-диафизарного угла (ШДУ). В отдалённых сроках наблюдений отмечали полное анатомо-функциональное восстановление тазобедренного сустава и опорность конечности.

Б. При наличии нарушения торсии (ретро и антеторсия), не превышающей 300 и ШДУ - 1300 нами использовано дератационно-варизирующая межвертельная остеотомия бедра с фиксацией Г-образной пластиной 25 детям (27 суставов). В послеоперационном периоде инфекционные осложнения не отмечались, клинически и рентгенологически достигнута стабильность головки бедра. В отдалённых сроках (до 5 лет) восстановлены нормальная анатомия и функции суставов у всех больных.

В. При наличии увеличения торсии более 300, ШДУ - 1300, смещения головки бедра вверх на 3 см и выраженной скошенности крыши ветлужной впадины, нами производилось открытое вправление вывиха после корригирующей укорачивающей и деторсионной подвертельной остеотомии с последующей надацетобулярной аутопластики 22 больным (25 суставов). В 10 случаях из них применена внутрелимбусная ацетобулопластика, для чего производилось окончатое расслоение лимбуса. После приподнятия последнего в кортикальной части просверливали 2 косых канала, в которые вводились заостренные части резецированного и продольно разделённого трансплантата. Полулунная часть трансплантата должна быть направлена в сторону сустава, поверх которого ушивался отслоенный лимбус. Такую операцию считаем адекватной, так как она создаёт большую углублённость впадины и устойчивость вправленной головки бедра. У 2 детей этой группы наступил рецидив вывиха из-за нарушения послеоперационного ортопедического режима лечения. Им под общим обезболиванием произведено закрытое вправление по Лоренцу и внешняя иммобилизация продолжена. В отдалённых сроках требовалось продолжительное реабилитационное лечение, которое привело к анатомо-функциональному восстановлению оперированной конечности.

Г. У 25 детей (28 суставов) до 12-летнего возраста с выраженной диспропорцией развития тазобедренного комплекса и подвывихом бедра произведена межвертельная корригирующая остеотомия с устранением всех патологических деформаций бедра с обязательной надвертлужной остеотомией таза по Солтеру. У части этих больных (9 суставов) из-за неустойчивости отломков для удержания смещённой части таза прибегли к фиксации двух отломков одной спицей Илизарова через крыло подвздошной кости.

В послеоперационном периоде всем больным была наложена тазобедренная гипсовая повязка со штаниной со здоровой стороны. Для продолжения послеоперационной анальгезии через катетер, введённый в перидуральное пространство, вводились анальгетики в течение 2-3 дней. У всех больных отмечено первичное заживление раны. Однако, у 11 детей отмечено повышение температуры в течение 3-5 дней, связанное с рассасыванием гемартроза. Через 1-2 месяца снималась гипсовая повязка и проводилась комплексная восстановительная терапия. Нагрузка на оперированную конечность разрешалась через 6 месяцев. У 93,5% детей получены хорошие и у 6,5% - удовлетворительные результаты.

Адекватный подбор радикального оперативного вмешательства с учётом возраста, тяжести изменения тазобедренного комплекса в отдалённых сроках (до 5 лет) привели к положительному результату у 93,5% детей, у 6,5% детей развились контрактуры в тазобедренном и коленном суставах и асептический некроз. Им проведено комплексное лекарственное, физиотерапевтическое, санаторно-курортное лечение, ЛФК и массаж, которые способствовали восстановлению анатомии и функции конечности.

4. Паллиативные реконструктивно-пластические операции

Среди ортопедических больных подросткового возраста и старше особое место занимали ВВБ, особенно у девушек. Многие ортопеды (1) считают нецелесообразным хирургическое вмешательство (чаще при двустороннем поражении) в ТБС. Между тем, не прекращаются обращения подростков за помощью ортопедов. Часть ортопедов рекомендуют производство паллиативных операций детям подросткового возраста с целью уменьшения болевого синдрома, создания стабильности в суставе, улучшения походки и качества жизни (4,5).

Таблица 3

Использованные виды операций

Виды операций									
Операция Шанца и удлинение		Удлинение конечности		Операция Шанца-Илизарова		Операция Киммерсона-Байера-Лоренца		Надацетабулярная костно-мышечная пластика	
к-во больных	к-во суставов	к-во б-ных	к-во суст.	к-во б-ных	к-во суст.	к-во б-ных	к-во суст.	к-во б-ных	к-во суст.
20	23	9	9	26	26	3	3	7	7

4. Нами 58 (61 сустав) больным произведены реконструктивно-пластические операции в возрасте от 10 до 20 лет (девочек было 50, мальчиков 8). Левосторонние поражения отмечены у 48, правосторонние – у 7 и двухсторонние – у 3. Основными причинами позднего обращения были: отказ родителей от хирургического лечения в раннем возрасте у 42 детей, поздняя диагностика из-за отсутствия ортопеда в поликлиниках – у 9 и усиление болевого синдрома в тазобедренном суставе и ухудшение походки – у 7 детей. У всех больных при поступлении отмечалась выраженная хромота в одну сторону, или утиная походка, перекося таза, искривление позвоночника. Учитывая отрицательный опыт применения внутрисуставных вмешательств ортопедами предыдущих поколений, нами для полного сохранения имеющейся структуры тазобедренного сустава были осуществлены на костях исключительно внесуставные вмешательства в виде остеотомии бедра, создания навеса различными реконструктивными операциями (табл. 3).

I. После соответствующей подготовки 20 больным (23 операции) произведена типичная операция Шанца (osteotomy в/3 бедра с фиксацией пластиной АО под углом 300 с упором на седалищный бугор). После сращения области остеотомии всем им произведено удлинение бедра за н/3 бедра аппаратом Илизарова. Длина удлинения соответствовала функциональному дооперационному укорочению (3-8 см). В случае двухсторонней операции Шанца удлинение конечностей не проводилось.

II. В связи с отказом от оперативного вмешательства в тазобедренном комплексе 9 больным при одностороннем вывихе бедра произведено только удлинение бедра соответственно укорочению аппаратом Илизарова. У 3 больных отмечена разгибательная контрактура в коленном суставе, которая восстановлена после снятия аппарата.

III. В последние годы преобладающее место у больных занимает операция Шанца-Илизарова – подвертельная остеотомия бедра с углом опоры в седалищную кость под углом 350 (26 больных).

IV. Высокая подвертельная остеотомия бедра с упором проксимального конца дистального отломка в остаточную вертлужную впадину выполнена 3 больным. Эта операция, по нашему мнению, создаёт более стабильный сустав с устойчивой походкой. Вторая остеотомия

произведена на уровне верхней трети бедра для одновременного удлинения конечности аппаратом Илизарова. Для большей устойчивости стабилизации - проксимальный и дистальный отломки дополнительно фиксировали стержнями, прикрепленными на дополнительных планках.

V. При наличии неустойчивости сустава 7 больным производился костно-мышечный на-вес на сосудистой ножке из крыла подвздошной кости над головкой бедра. В ближайшем послеоперационном периоде отмечались воспаления мягких тканей вокруг спиц и стержней у 5 больных, которые купировались инъекцией антибиотиков. Удлинение бедра начинали на 8-10 день по 0,5-1 мм в сутки в течение 1-1,5 мес., а укрепление регенерата достигнуто в течение 3 месяцев. У 16 больных развилась разгибательная контрактура коленного и у 8 тазобедренного суставов.

Таблица 4

Отдалённые результаты лечения ВВБ

	Виды лечения	Результаты лечения					
		хорошие		удовлетворительные		неудовлетворительные	
1.	Раннее	520	86,7	65	10,8	15	2,5
2.	Функциональное	177	82,3	34	15,8	4	1,9
3.	Открытое вправление	4	100	-	-	-	-
4.	Открытое вправление с норм ШДУ и торсии	25	100	-	-	-	-
5.	Открытое вправление с ацетапластикой	20		-	-	2	
6.	Межвертельная корригирующая остеотомия по Солтеру	23	93,5	2	6,5	-	-
Паллиативные реконструктивно-пластические операции							
7.	Операция Шанца	-	-	20	34,5	-	-
8.	Удлинение бедра	6	10,3	3	5,2	-	-
9.	Операция Шанца-Илизарова	-	-	29	50,0	-	-
	Итого	775	81,7	153	16,1	21	2,2

Изучение отдалённых результатов паллиативных операций у 58 больных в течение 5 лет показало, что в 93,8% случаев выравнивание или значительное изменение разницы в длине конечностей, заметное улучшение походки облегчали больным равноценное общение со сверстниками, а по достижению соответствующего возраста и созданию семьи. По этим причинам больные меньше всего предъявляли претензии к имевшимся в той или иной степени ограничениям движения.

Отдалённые результаты лечения оценивались по балльной системе ЦИТО (табл. 4):

- хороший результат – у больного отсутствовал болевой синдром, ходьба свободная, выполняет физическую нагрузку;
- удовлетворительный результат - отсутствие жалоб, умеренное ограничение движения в суставе и физические нагрузки;
- неудовлетворительный результат – наличие болей и ограничение движения, хромота, симптом Трендленбурга положительный, на рентгенограмме - нарушение соотношений элементов в ТБС, линия Шентона сдвинута, деформация головки и явления артроза.

Выводы:

1. Раннее выявление и комплексное лечение ДТБС I-II степени профилактическими штанишками и шинами различных конструкций у детей раннего возраста является наиболее эффективным.
2. Функциональный атравматический метод вправления ВВБ начатый с 6-месячного возраста часто даёт стойкое анатомо-функциональное восстановление (98,2%), однако у детей 2,5 лет и старше вправление часто сопровождается относительной болезненностью и продолжительностью и в ряде случаев при двухстороннем поражении могут быть рецидивы (1,9%).
3. Адекватный выбор оперативного лечения с ВВБ II-III ст. у детей 3-9 лет даёт у 93,5% больных полное анатомо-функциональное восстановление ТБС. У 6,5% больных в послеоперационном периоде отмечены контрактуры в суставах и асептический некроз головки бедра, которым необходимо проведение продолжительного комплексного восстановительного лечения.
4. Индивидуальный подбор паллиативных реконструктивно-пластических внесуставных операций у больных 10-20 лет является обоснованным, поскольку он устраняет или нормализует биомеханические условия, обеспечивающие уравнивание длины конечности, стабилизации сустава при сохранении имевшихся его функций.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абалмасова Е.Н., Язуина Е.В. Развитие тазобедренного сустава после лечения врождённого вывиха и подвывиха бедра у детей. Ташкент. Медицина, 1983
2. Ахтямов И.Я., Соколовский О. Хирургическое лечение дисплазии тазобедренного сустава. Казань, 2008
3. Кученок Я.Б. Функциональное лечение врождённого вывиха бедра у детей в возрасте от 6 месяцев до 3 лет: Автореф. докт. дисс., Киев, 1976
4. Поздникин Ю.И., Волошин С.Ю., Болтуева А.Б. Пути профилактики аваскулярного некроза головки бедра при консервативном лечении врождённого вывиха бедра у детей грудного возраста // Мат.конгресса «Человек и его здоровье». С-Пб., 1999. – С. 170-171
5. Соколовский А.М. Хирургическая реконструкция диспластического тазобедренного сустава у подростков // Травматология, ортопедия и протезирование.- 1987. -№6. –С.7-11.
6. Тихоненков Е.С. Врождённый вывих бедра // Руководство. Травматология и ортопедия. Т.3. 1977. – С. 230-268
7. Усикова Т.Я., Гусак В.Ф., Сауцкая Г.И., Холдарев А.П. Функциональный метод лечения детей в возрасте до 3 лет с врождённой патологией тазобедренного сустава//Травматология, ортопедия и протезирование.1987. №10. –С.37-40

ХУЛОСА

Чанбаҳои синну солии табобати бечошавии

модарзодии устухони рон

Д.У. Урунбоев, Д.М. Сафаров, М.А. Шокаримова

Муаллифон натиҷаҳои табобати дорушифой (консервативӣ) ва ҷарроҳии 949 (1093 банду бугум) нафар беморонро аз ҷиҳати синну сол омӯхтанд. Ба кӯдакони то 3 сола табобати дорушифой (тахтачаи шикастабандӣ, вазоифӣ) гузаронида шуд.

Тарзи ҷо ба ҷо кардани кушод ба кӯдкони то 9 сола ва аз 10 сола боло бошад ҷарроҳии муваққатӣ (паллиативӣ) иҷро карда шуд.

Дар муддатҳои дуртарин дар 81,7% натиҷаҳои хуб, 16,1% қаноатбахш ва 2,2 % ғайриқаноатбахш ба даст омаданд.

SUMMARY

AGE ASPECTS OF TREATMENT OF INBORN LUXATION OF FEMUR

D.U. Urunbaev, D.M. Safarov, M.A. Shokarimova

Authors studied results of conservative and operative treatment of 949 (1093 joints) patients in age aspect. Conservative treatment (use splints, functionally) was made in children to 3 years, often setting a joint – to 9 years, palliative operations – more 10 years. The far results were: good in 82%, satisfactory in 16%, bad in 2%.



ПОКАЗАТЕЛЬ ИНТЕРЛЕЙКИН-8 У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ПРОСТАТИТОМ

С.Х. Аль-Шукри, Д.Н. Солихов

*Санкт-Петербургский государственный медицинский университет
им. академика И.П. Павлова*

Ключевые слова: простатит, интерлейкин – 8, эякулят

Актуальность проблемы. Трудности лечения, тяжесть осложнений и последствий определяют важность совершенствования методов более ранней и точной диагностики хронического простатита и характеристики его активности [1-3]. Одним из основных способов диагностики хронического простатита до сих пор остаётся микроскопическое исследование секрета предстательной железы (Тиктинский О.Л., 1990; Meares E.M., 1980, 1989). Проведение иммунологических исследований эякулята для диагностики хронического простатита рекомендуют В.Н.Ткачук и соавт. (1989), С.Е.Depuydt и соавт. (1996) и др. Однако, некоторые авторы (Тотолян А.А., 1997, Strober W. и James S.P., 1994) допускают возможность изменений иммунологических показателей в биологических жидкостях в связи с системными иммунными реакциями [4,6]. Подчёркивая, что эякулят является биологической жидкостью, состоящей из секрета нескольких половых желёз, считают, что его многокомпонентность также может оказывать влияние на результаты исследования. Впрочем, степень этого влияния до сих пор не определена. Интерлейкин-8 (ИЛ-8) передаёт активационные сигналы между клетками иммунной и не иммунной систем, они служат медиаторами и модуляторами иммунных реакции [1,5,10,15]. Основная роль ИЛ-8 – усиление хемотаксиса лейкоцитов. Его концентрация значительно выше в эякуляте у инфертильных мужчин при наличии лейкоцитоспермии [5,6,9,11,13].

Цель исследования: оценка показателей эякулята для диагностики и активности хронического простатита.

Материалы и методы исследования. Обследовано 36 больных хроническим простатитом в латентной фазе (в возрасте от 26 до 37 лет) и 20 здоровых мужчин. Эякулят получали методом мастурбации после 4-5 дневного полового воздержания. А также проведён забор венозной крови для иммунологических исследований. Диагноз «хронический простатит» установлен на основании анамнеза, заполненной шкалы IPSS клинических признаков данных лабораторных и ультразвуковых исследований, урофлоуметрии, доплерографии предстательной железы. Всем больным проведена 4-х стаканная проба мочи, анализ эякулята на