

4. *Перфторан* в интенсивной терапии критических состояний / Под ред. Л.В.Усенко, Е.Н. Клигуненко.– Днепропетровск, 1999.– 56 с.

5. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации №223 от 9 июня 2003 г. «Об утверждении отраслевого стандарта «протокол ведения больных. Профилактика тромбозов легочной артерии при хирургических и иных инвазивных вмешательствах».

6. *Профилактика* тромбозомболических осложнений в гинекологии / Макаров О.В., Озолина Л.А. и др.– М., 2004.– 17 с.

7. *Тиканадзе А.Д.* Применение перфторана при лечении желудочно-кишечных кровотечений язвенной этиологии: Дис... канд. мед. наук.– С.–Пб., 1997.–116 с.

8. *Физиологически* активные вещества на основе перфторуглеродов в экспериментальной и клинической медицине / Под ред. Г.А.Сафронова.– СПб., 2001.– 129 с.

9. *Breddin H.K.* // *Hemostas.*– 1998.– Vol.4, №2.– P. 87–95.

10. *Maevsky E., Ivanitsky G.* // *Artificial Oxygen Carrier.* Its Front Line.– 2005.– Vol.12.– P.221–228.

PROPHYLAXIS AND TREATMENT OF TROMBOEMBOLIC COMPLICATIONS AT HEMORRAGIC ANEMIES IN GYNECOLOGY

M.M. EFENDIEV

Summary

The results of studying of states women's hemostasis system with posthemorrhagic anemias caused by a gynecologic pathology are submitted. It is proved the application of Perftoran in complex preventive antithrombotic therapy promotes to decrease thrombogenic potential of blood and to improvement of microcirculation, that involves to essential reduction of risk of venous thromboses occurrence.

Key words: tromboembolic complications, hemostasis

УДК 616.97

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ИНФЕКЦИЯМИ, ПЕРЕДАВАЕМЫМИ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ, ПО Г. КУРСКУ И КУРСКОЙ ОБЛАСТИ (2000–2005 гг.)

Т.В. БИБИЧЕВА, Т.П. ИСАЕНКО*

В структуре заболеваемости имеется тенденция к росту заболеваемости хламидиозом, аногенитальными бородавками, герпесом генитальным. Растет заболеваемость инфекциями «нового поколения» – урогенитальным уреаплазмозом и микоплазмозом.

Заболеваемость инфекциями, передаваемыми половым путем (ИППП), представляет одну из основных социальных и медицинских проблем. По данным ВОЗ, ежегодно в мире регистрируется более 250 млн. случаев ИППП [2, 3]. В девятых годах XX столетия в России произошла эпидемия ИППП, которая по масштабам не имеет аналогов в индустриальных странах и наиболее четко документированная в отношении сифилиса. Считается, что в странах, где функционируют программы профилактики и лечения венерических заболеваний, распространение и спектр преобладающих инфекций постепенно меняются. Этот процесс получил название «эпидемиологического перехода инфекций, передаваемых половым путем». Как правило, сначала удается достигнуть контроля над бактериальными ИППП (мягкий шанкр, сифилис), затем уменьшается заболеваемость гонореей и трихомониазом, а при внедрении соответствующих программ – и хламидиозом. После этого, на переднем плане остаются вирусные ИППП (вирус простого герпеса, вирус папилломы человека, вирус иммунодефицита человека). Однако именно элиминация этих возбудителей представляет собой наиболее сложную задачу [1]. Ретроспективный анализ заболеваемости ИППП по г. Курску и Курской области за период 2000-2005 гг. проводился по данным официальной статистической учетно-отчетной медицинской документации ОГУЗ «Курский областной клинический кожно-венерологический диспансер» (КОККВД), формы № 9 «Сведения о заболеваниях, передаваемых преимущественно половым путем, грибковых кожных заболеваниях и чесоткой» и формы № 34

«Сведения о больных заболеваниями, передаваемыми преимущественно половым путем». В табл. 1 показаны абсолютные данные по числу ИППП и интенсивный показатель заболеваемости на 100 тысяч населения г. Курска и Курской обл. в 2000-2005 гг.

Таблица 1

Динамика заболеваемости ИППП по данным КОККВД (2000 - 2005 гг.)

Инфекции		Годы					
		2000	2001	2002	2003	2004	2005
Сифилис	Абс.	2051	1781	1618	1466	1383	1127
	Инт.	153,2	141,0	124,5	120,5	114,9	93,7
Гонорея	Абс.	1733	1370	1433	1249	1040	890
	Инт.	129,4	108,4	110,3	102,7	86,4	73,9
Трихомониаз	Абс.	4794	5158	4423	4685	4104	3870
	Инт.	361,6	408,2	340,5	385,2	341,2	321,7
Хламидии	Абс.	688	858	659	987	1141	1100
	Инт.	51,4	67,9	50,7	81,1	94,8	91,4
Аногенитальные бородавки	Абс.	420	457	767	784	644	620
	Инт.	31,2	36,1	59,0	64,4	53,5	51,5
Герпес генитальный	Абс.	179	143	133	231	180	246
	Инт.	13,4	11,3	10,2	19,0	14,9	20,4
Общее число инфекций	Абс.	9865	9767	9033	9402	8492	7853

Примечание: Абс. – абсолютный показатель заболеваемости; Инт. – интенсивный показатель заболеваемости на 100 тысяч населения.

Таблица 2

Сдвиг абсолютных показателей заболеваемости ИППП в г. Курске и Курской области за 2000 - 2005 гг.

ИППП	Годы					
	2001 / 2000, %	2002 / 2001, %	2003 / 2002, %	2004 / 2003, %	2005 / 2004, %	2005 / 2000, %
Сифилис	- 13,16	- 9,15	- 9,39	- 5,66	- 18,51	- 45,05
Гонорея	- 20,95	+ 4,6	- 12,84	- 16,73	- 14,42	- 48,64
Трихомониаз	+ 7,59	- 14,25	+ 5,92	- 12,4	- 5,7	- 19,27
Хламидиоз	+ 24,71	- 23,19	+ 49,77	+ 15,6	- 3,59	+ 59,88
Аногенитал. бородавки	+ 8,81	+ 67,83	+ 2,22	- 17,86	- 3,73	+ 47,62
Герпес генитальный	- 20,11	- 6,99	+ 73,68	- 22,08	+ 36,67	+ 37,43
Общее число инфекций	- 0,99	- 7,52	+ 4,09	- 9,68	- 7,52	- 20,4

Примечание: За 100% принимается абсолютный показатель заболеваемости по году с меньшей нумерацией; знак «+» – увеличение по отношению к предыдущему показателю; «-» – уменьшение

Из табл. 1 видно, что общая структура заболеваемости указанными ИППП по г. Курску и Курской области не претерпевала изменений с 2000 по 2003 гг. и выглядела следующим образом (по мере убывания абсолютного числа ИППП): трихомониаз → сифилис → гонорея → хламидиоз → аногенитальные бородавки → герпес генитальный. В 2004, 2005 годах происходят некоторые изменения: число зарегистрированных пациентов с хламидиозом превысило абсолютные показатели заболеваемости гонореей при сохранении остальных звеньев общей структуры ИППП, что привело к следующему распределению (абсолютного числа ИППП): трихомониаз → сифилис → хламидиоз → гонорея → аногенитальные бородавки → герпес генитальный. Рост суммарного количества ИППП на 4,09% в 2003 г. (до 9420 случаев) относительно показателей 2002 г. (9033 случая) не оказал существенного влияния на общую тенденцию их снижения в остальные анализируемые годы. К 2005 г. число зарегистрированных случаев ИППП составило 7853, что на 20,4% меньше по сравнению с показателями в 2000 г. (9865 случая ИППП) (табл. 2).

В большей степени на общее число ИППП влияла динамика показателей заболеваемости трихомониазом, число случаев регистрации которого в каждый из учитываемых годов приближалось к 50% в общей структуре ИППП, сифилисом и гонореей, в меньшей степени – динамика показателей заболеваемости хламидиозом, аногенитальными бородавками и герпесом генитальным (ГГ). Анализируя данные за 2001-2005 гг., отметим факт, что, оставаясь на высоком уровне, абсолютные числа и интенсивные показатели заболеваемости сифилисом, гонореей и трихомониазом снижались по сравнению с 2000 г.

Число регистрируемых больных с указанными ИППП по абсолютным числам при сравнении 2005/2000 гг. уменьшилось на 45,05%, 48,64% и 19,27% соответственно. Напротив, число боль-

* Курский государственный медицинский университет, Курск, К. Маркса, 3

ных с хламидиозом возросло на 59,88%, аногенитальными бородавками – на 47,62%, ГГ – на 37,43%. Проводимые лечебно-профилактические мероприятия позволили несколько снизить напряженность эпидемиологической ситуации в отношении сифилиса и гонореи. За анализируемые годы число больных с диагнозом «сифилис» сократилось с 2051 случая в 2000 г. до 1127 случаев в 2005 г. (уменьшение на 45,05%). Максимальное снижение числа больных гонореей – на 20,95%, зарегистрировано в 2001 г. – 1370 случаев (в сравнении с 2051 случаем в 2000 г.). Исключение составляет 2002 г., в котором был подъем на 4,6% относительно показателей 2001 г. Сравнительные показатели случаев заболеваемости гонореей за 2005/2000 гг., отмечено снижение на 48,64%, абсолютный показатель составил 890 случаев в 2005 г.

Динамика заболеваемости трихомониазом на первый взгляд не претерпела значительных изменений за указанный промежуток времени по сравнению с данными по заболеваемости другими анализируемыми ИППП. Увеличившись до 5158 случаев в 2001 г. (на 7,59% относительно 4794 случаев в 2000 г.) и на 5,92% в 2003 г. (4685 случаев регистрации, относительно показателей 2002 г. – 4423 случая) к 2005 г. наблюдалось снижение общего числа зарегистрированных больных по сравнению с 2000 г. на 19,27%. С другой стороны, разница абсолютных показателей между 2005 г. и 2000 г. выглядела более значительно – 924 случая.

Нами выявлено, что число регистрируемых случаев хламидиоза увеличивалось от года к году. К 2005 г. зарегистрировано 1100 случаев, по сравнению с 2000 г., когда показатель заболеваемости составил 688 случаев (увеличение 2005/2000 гг. на 59,88%). Динамика заболеваемости хламидиозом имела волнообразный характер с первым пиком регистрации заболевания в 2001 г. (858 случаев, прирост относительно 2000 г. на 24,71%), затем спадом заболеваемости до 659 случаев в 2002 г. (снижение на 23,19%), и вновь подъемом регистрации в 2003 г. (987 случаев, прирост относительно 2002 г. на 49,77%), и пиком в 2004 г., когда число зарегистрированных больных составило 1141 случай (увеличение относительно 2003 г. на 15,6%). К 2005 г. отмечен незначительный спад регистрации хламидиоза до 1100 случаев в год (уменьшение относительно 2004 г. на 3,72%). Такая картина заболеваемости хламидиозом, на наш взгляд, связана с тем, что КОККВД проводит обязательное централизованное скрининговое обследование на хламидиоз (определение специфических антител к хламидиям методом иммуноферментного анализа, а, при получении положительных результатов, детекцию хламидий методами полимеразной цепной реакции и/или прямой иммунофлюоресценции) всех лиц, желающих получить вид на жительство РФ. К концу 2005 г. общее число обследованных пациентов этой категории приблизилось к 17000 чел., причем максимальное их число было обследовано непосредственно в 2001 и 2004 гг. Следовательно, такие факторы, как миграция населения и централизованное обследование значительной по численности группы пациентов (в данном случае эмигрантов), на примере хламидийной инфекции, показывают их влияние на уровень регистрации больных ИППП. Также, это косвенно может свидетельствовать о том, что истинные показатели заболеваемости хламидиозом гораздо выше регистрируемых.

Заболеваемость аногенитальными бородавками также увеличивалась. Сравнительные показатели 2005/2000 гг., – это увеличение составило 47,62%, а в абсолютных числах с 420 случаев в 2000 г. до 620 случаев в 2005 г.. Обращает на себя внимание значительный рост заболеваемости в 2002 г. до 767 случаев, относительно данных 2001 г., что составило 67,83%, и пик регистрации в 2003 г. (784 случая, увеличение относительно предыдущего года на 2,22%). Затем, в 2004-2005 гг., отмечался некоторый спад регистрации заболевания на 17,86% и 3,73% соответственно. В случае ГГ, по нашему мнению, следует говорить не о заболеваемости, а только лишь учете, так как число регистрируемых больных ГГ не отражает картины истинной заболеваемости. Как правило, за медицинской помощью обращаются лишь пациенты с клинически выраженными симптомами заболевания (первичным эпизодом ГГ, типичной формой рецидивирующего ГГ), которые и фиксируются медицинскими учреждениями. Выявление и регистрация малосимптомных форм и бессимптомного вирусыведения представляет определенные трудности, а диагноз ГГ в этих случаях устанавливается при обследовании, как половых контактов лиц с типичной формой ГГ, или же в случае проблем в плане репродуктивного здоровья. При сравне-

нии показателей 2005/2000 гг. имело место увеличение со 179 случаев в 2000 г. до 246 случаев в 2005 г. (рост на 37,43%).

На регистрацию больных ГГ и других ИППП оказывают влияние и внешние факторы [4]. Снижение роста регистрации больных с вновь установленным диагнозом ГГ, отмеченное в 1998 г. (интенсивный показатель заболеваемости ГГ составил 13,0 на 100 тыс. населения России, тогда как в 1997 г. он был зарегистрирован на уровне 14,1 случая на 100 тыс. населения), является в определенной степени результатом свертывания коммерческой деятельности ведущих фирм-производителей лекарственных препаратов и уход с Российского фармацевтического рынка ряда из них после финансового кризиса и в результате конкуренции с отечественными производителями лекарств. Это снижение заболеваемости ГГ связывается с внешними причинами, так как эпидемиологическая ситуация в России по ГГ остается неблагоприятной и объективных причин для снижения заболеваемости нет. Нами были отмечены особенности в динамике показателей числа больных ГГ в определенные годы. Зарегистрированные пики абсолютных показателей урогенитального герпеса в 2000 г. – 179 случаев (для большей наглядности дополнительно приведены показатели заболеваемости ГГ за 1999 г., когда число больных с ГГ составило 78 случаев, интенсивный показатель на 100 тыс. населения – 5,8 человек) увеличение на 129,5%, в 2003 г. (231 случай, увеличение по сравнению с 2002 г. на 73,68%) и в 2005 г. (246 случаев), при сравнении 2005/2004 гг. – увеличение составило 36,67%). Значительный спад числа больных был зарегистрирован в 2001 г. (143 случая, уменьшение на 20,11% в сравнении с 2000 г.) и в 2004 г. (180 случаев, уменьшение относительно 2003 г. на 22,8%) и небольшим спадом на 6,99% в 2002 г. (133 случая). Такие значимые различия в регистрации больных ГГ могли быть связаны со степенью активного привлечения пациентов в исследование по разработке и внедрению в практику схем терапии ГГ, проводимое на кафедре кожных и венерических болезней Курского госмедуниверситета (по регистрируемым пикам в 2000, 2003 и 2005 гг.).

Из 143 лиц, вошедших в исследование, самостоятельно обратились 102 пациента (71,33%) и был активно привлечен 41 пациент (28,67%). Часть пациентов (61 чел.), направленных в КОККВД другими лечебными учреждениями, в большей степени акушерско-гинекологического профиля, не были включены в исследование по несоответствию критериям, но были документально учтены. В Курской области исследования сыграли значимую роль в увеличении регистрации лиц с ГГ. Это еще раз подтверждает тот факт, что истинное число больных ГГ гораздо выше ежегодной регистрации числа случаев заболевания. Рассматривая структуру ИППП, обращает на себя внимание факт постепенного роста доли ГГ. Если в 2000 г. этот показатель был на уровне 1,81%, то к 2005 г. он вырос в 1,73 раза (3,13%).

За исследуемый период времени в КОККВД были зарегистрированы 1134 пациента с ГГ: возрастная структура ГГ не менялась и выглядела следующим образом (по мере убывания абсолютных показателей): 20-29 лет → 30-39 лет → 40 лет и старше → 18-19 лет → 15-17 лет → 0-14 лет. За указанный период времени в КОККВД чаще обращались мужчины с ГГ – 662 чел. (58,38%), чем женщины – 472 чел. (41,62%). Можно предположить, что женщины, страдающие ГГ, прежде всего обращаются за медицинской помощью в женские консультации, центры планирования и репродукции семьи. Косвенно это может быть подтверждено анализом обращения 143 пациентов с ГГ, включенных в исследование. Из 102 лиц (71,33%), обратившихся в КОККВД самостоятельно, мужчин было 68 человек (47,55%), а женщин – 34 человека (23,78%). Из остальных 41 пациента (28,67%), активно привлеченных в исследование, мужчин было 10 человек (6,99%), а женщин – 31 человек (21,68%) (что составило 51,67% от всех женщин, включенных в исследование).

Большинство из привлеченных в исследование женщин наблюдались по поводу ГГ в женских консультациях и областном центре планирования семьи и репродукции г. Курска. Мужчины же обращались по поводу ГГ в урологические центры, которые проводят диагностику и учет ИППП на базе КОККВД и непосредственно в КОККВД. За исследуемый период растет число инфекций «нового поколения» – урогенитального уреоплазмоза и микоплазмоза. Общее число случаев уреа- и микоплазмоза увеличилось с 2000 по 2006 гг в два раза и составило 2649 случаев в 2006 г. Чаще урогенитальные уреоплазмы и микоплазмы регист-

рируются у лиц с трихомонозом и бактериальным вагинозом, основная часть приходится на возраст 30-39 лет, в общей структуре заболеваемости преобладают лица женского пола.

Проведенный анализ заболеваемости ИППП позволяет отметить следующее. В период 2000-2005 гг. имела тенденция к уменьшению общего числа случаев ИППП, подлежащих обязательно учету по формам № 9 и № 34, в большей степени на это оказывало влияние снижение заболеваемости трихомонозом, в меньшей – сифилисом и гонореей. Структура ИППП представлена в 2000-2003 гг. следующим образом (абсолютное число ИППП): трихомоноз → сифилис → гонорея → хламидиоз → аногенитальные бородавки → генитальный герпес; в 2004, 2005 гг. (абсолютного числа ИППП): трихомоноз → сифилис → хламидиоз → гонорея → аногенитальные бородавки → генитальный герпес. На уровень заболеваемости (регистрации) ИППП могут влиять миграция населения; централизованная диагностика и учет ИППП; проведение исследований; совместная деятельность врачей и привлечение пациентов к обследованию и лечению; проведение скрининговых исследований. Доля ГГ в структуре ИППП возросла с 1,81% в 2000 г. до 3,13% в 2005 г. Наивысшие показатели заболеваемости ГГ отмечены в группе 20-29 лет, второй по значимости является возрастная группа 30-39 лет.

Литература

1. Бобрин А.В. // Инфекции, передаваемые половым путем.– 2002.– № 3.– С. 21–24.
2. Далабетта Д.А. и др. // Инфекции, передаваемые половым путем.– 1999.– № 1.– С. 4–14.
3. Масюкова С. и др. // РМЖ.– 2000.– Т.8, №15–16.– С. 654.
4. Семенова Т.Б. и др. // Инфекции, передаваемые половым путем.– 2000.– № 6.– С. 26–30.

УДК 616.65

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ НИЗКОИНТЕНСИВНОГО ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

И.Д.КИРПАТОВСКИЙ, Ш.А.АБДУРАХМАНОВ*

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) одно из самых распространенных заболеваний мужчин пожилого и старческого возраста. По данным аутопсии, ДГПЖ гистологически обнаруживается у 20% мужчин в возрасте 40 лет, до 40% – в возрасте 50-60 лет, до 70% – у 61-70 летних и до 80% – у 71-80 летних, хотя клинически это заболевание может себя и не проявлять [1]. ДГПЖ является медленно прогрессирующим заболеванием, клиническая картина которого характеризуется волнообразным течением и может сопровождаться периодами симптоматического ухудшения, стабилизации или улучшения. Характер клинической картины зависит от изменения размеров и конфигурации узлов гиперплазии, присоединения вторичных застойных явлений и инфекции [1, 11]. Основным ее признаком является нарушение мочеиспускания различной степени – от незначительного учащения до полной задержки мочи. Учащенное мочеиспускание часто является первым и, в течение длительного периода, единственным симптомом заболевания, который в начале его развития отмечается в ночное время [1]. На сегодняшний день проблема консервативного лечения не выдерживает серьезной конкуренции с хирургическими методами вмешательства. Поиск малотравматичных, но эффективных методик привел к применению так называемых малоинвазивных технологий в лечении больных гиперплазией предстательной железы [1–2, 5]. За последние годы были изобретены и внедрены урологическую практику при лечении ДГПЖ: трансуретральная игольчатая абляция простаты (ТУНА), высокоинтенсивная фокусированная ультразвуковая термоабляция (HIFU), микроволновая терапия (ТУМТ), термотерапия, простатическое стентирование, баллонная дилатация, лазерно-хирургический метод, и, конечно, лекарственная терапия [5, 7, 9]. Низкоинтенсивное лазерное излучение

(НИЛИ) нашло широкое применение во всех областях медицины, в том числе и в уро-андрологии. Уже сегодня НИЛИ может считаться самостоятельным методом лечения нарушений сексуальной функции и воспалительных заболеваний предстательной железы [6]. Лазеротерапия применяется более 10 лет при лечении ДГПЖ, вернее заболеваний, ей сопутствующих (хронический простатит), а также как метод профилактики послеоперационных воспалительных осложнений [5–6, 1 0]. НИЛИ незаслуженно не нашло широкого применения в качестве самостоятельного метода лечения ДГПЖ. Исходя из этого нами была проведена оценка эффективности применения НИЛИ на состоянии предстательной железы, и симптомы нижнего мочевого тракта при ДГПЖ.

Материалы и методы исследования. В работе представлены результаты наблюдений за 58 больными, страдавшими ДГПЖ. Возраст больных к моменту лечения колебался от 58 до 83 лет. Отбор больных для исследования осуществлялся по показаниям к медикаментозной терапии ДГПЖ [3, 7, 9, 11], а также по общепринятым показаниям и противопоказаниям к физиотерапии [9]. Лазеротерапия велась ректальным и уретральным световодами с локально-секторальной направленностью луча. Установками, генерирующими НИЛИ, были выбраны полупроводниковые аппараты серии «Мустанг» производства фирмы «Техника» (Россия). Расчет дозы облучения производился исходя из таблицы мощности и интенсивности воздействия лазера, предложенной проф. Козловым В.И. [9]. Сеансы лазеротерапии проводились ежедневно, в течение 10 дней. Курс облучения осуществлялся сначала ректальным световодом (положение больного лежа на животе), и затем уретральным (положение больного лежа на спине). Курсы сеансов назначались с общей экспозицией от 8 до 10 минут, частотой следования импульсов 3000 Гц и мощностью потока 15 Вт. Световод устанавливался на уровне предстательной железы с направлением луча на центр простаты. Уретральный световод производит рассеивание лазерного луча циркулярно вокруг собственной оси, шириной 3,0 см.

Таблица 1

Динамика изменений объема ДГПЖ до лечения и через 1 год (№=58)

Количество больных	Объем ДГПЖ (мл ³)		Уменьшение объема ДГПЖ (ср. значение)
	до лечения (ср. объем)	через 1 год (ср. объем)	
22 (от 30 до 40мл ³)	36,1	24,2	11,9
28 (от 41 до 50 мл ³)	44,7	27,2	17,5
8 (от 51 до 70 мл ³)	55,1	38,5	16,6
Среднее значение по группе:	45,3	30,0	15,3

Результаты исследования. По результатам исследования ДГПЖ была обнаружена разной степени выраженности. Показатель простатоспецифического антигена крови (PSA) пациентов до лечения обычно не превышал 6,0 нг/мл. Симптомы заболевания оценивались по выраженности симптомов шкалы IPSS, и во всех случаях варьировались от 8 до 19 баллов, оценка качества жизни находилась в пределах 3-6 баллов. Максимальная скорость потока мочи составляла 10-12 мл/сек. Объем мочеиспускания у всех был более 100 мл. Объем остаточной мочи не превышал 100 мл. До лечения проводились измерения объема и размеров простаты. Клиническая эффективность оценивалась через 1 год после проведенного лечения (табл. 1).

Таблица 2

Оценка суммы баллов по шкале IPSS у больных с ДГПЖ группы лазеротерапии, до проведения лечения и через 1 год (№=58)

Число больных	Баллы	Сумма баллов до лечения		Сумма баллов через 1 год
		Ср. значение	Ср. значение	
26	от 8 до 12	9,3	8,1	1,2
26	от 13 до 16	14,3	10,2	4,1
6	от 17 до 19	18,2	12,5	5,7
Среднее значение		13,9	10,3	3,6

* Кафедра оперативной хирургии и клинической анатомии с курсами андрологии и трансплантологии РУДН