

Материалы VIII Междисциплинарной  
научно-практической конференции  
«АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ  
УРОЛОГИИ И ГИНЕКОЛОГИИ»  
с симпозиумами по онкоурологии и онкогинекологии  
27 ноября 2013 г., Санкт-Петербург

Актуальные вопросы диагностики и лечения заболеваний, вызванных генитальными мико- и уреоплазмами

**Бадиков В. Д., Щеглов В. С., Домакова Т. В.**

ЗАО «Ситилаб», Санкт-Петербург

По современным представлениям, *Mycoplasma hominis* и виды рода *Ureaplasma* (*Ureaplasma spp.*) относятся к условно-патогенным микроорганизмам, способным при определенных условиях вызывать уретриты, циститы, цервициты, воспалительные заболевания органов малого таза, послеродовые и послеабортные осложнения и некоторые другие болезни. Среди представителей *Ureaplasma spp.* наибольшее этиологическое значение имеет вид *U. urealyticum*, а *U. parvum* как возбудитель заболевания регистрируют значительно реже.

Частота обнаружения генитальных мико- и уреоплазм в зависимости от обследуемых контингентов и вида изучаемой патологии значительно варьирует. Так, по данным различных авторов, эти микроорганизмы обнаруживают у здоровых мужчин и женщин в 5–50% (у мужчин в 2–3 раза реже, чем у женщин), при негонококковых уретритах — в 30–65%, при циститах — в 60–75%, при цервицитах — в 20–56%, при воспалительных заболеваниях малого таза — в 41–77%, при бесплодии — в 22–85% случаев.

Поскольку *M. hominis* и *Ureaplasma spp.* входят в состав резидентной микрофлоры урогенитального тракта, то для определения их этиологической значимости рекомендуют количественные методы микробиологического исследования (посев на питательные среды). Обнаружение этих микроорганизмов в концентрации более  $10^4$  микробных тел в 1 мл материала из мочеполовых органов у пациента с клинико-лабораторными признаками воспалительного процесса (при отсутствии других, более веро-

ятных возбудителей — хламидий, гонококков, трихомонад и др.) свидетельствует об участии мико- и уреоплазм в воспалительном процессе и требует назначения антимикробных препаратов. При отсутствии клинических признаков воспалительного процесса антимикробную терапию следует проводить только у доноров спермы, лиц с диагнозом бесплодия и женщин с невынашиванием беременности и перинатальными потерями в анамнезе.

Мико- и уреоплазмы обладают природной устойчивостью к бета-лактамам, антибиотикам, рифамицинам и налидиксовой кислоте. Для лечения вызванных этими микроорганизмами инфекций чаще всего назначают макролиды, тетрациклины и фторхинолоны. Большое значение для эмпирической антимикробной терапии имеют региональные сведения о чувствительности возбудителей к антибиотикам, а для индивидуального назначения препаратов соответствующим пациентам необходим анализ антибиотикограмм конкретных штаммов микроорганизмов.

В этой связи изучена устойчивость к антимикробным препаратам 179 штаммов мико-плазм и 1947 штаммов уреоплазм, выделенных в лечебных учреждениях Санкт-Петербурга в 2011–2012 гг. Культуральную диагностику проводили с использованием тест-системы «Mycoplasma IST 2» («Биомерье», Франция), позволяющей определять чувствительность *Mycoplasma hominis* и *Ureaplasma spp.* к девяти препаратам (эритромицин, азитромицин, кларитромицин, джозамицин, пристиномицин, тетрациклин, доксициклин, офлоксацин, ципрофлоксацин) методом «пограничных» концентраций («breakpoints»). Анализ полученных результатов показал, что микоплазмы оказались значительно более резистентными к антимикробным препаратам, чем уреоплазмы. Так, например, устойчивость мико- и уреоплазм к

эритромицину, азитромицину и кларитромицину составила 65,2 и 31,7 %, 24,0 и 9,2 %, 24,0 и 8,8 %, соответственно. Наименьшей активностью в отношении изученных возбудителей обладали ципрофлоксацин и эритромицин: 68,2 и 23,8 % и 62,0 и 31,7 % устойчивых штаммов к мико- и уреоплазмам, соответственно. Наиболее эффективными в отношении *Mycoplasma hominis* при определении чувствительности *in vitro* оказались доксициклин, тетрациклин, прistinамицин и джозамицин (1,1; 1,7; 2,2 и 2,8 % резистентных штаммов, соответственно), а в отношении *Ureaplasma spp.* — прistinамицин, доксициклин, джозамицин и тетрациклин (0,6; 0,7; 1,4 и 1,5 % устойчивых штаммов, соответственно).

Таким образом, в лечебных учреждениях Санкт-Петербурга препаратами выбора для лечения заболеваний, вызванных генитальными мико- и уреоплазмами, являются антибиотики тетрациклинового ряда (доксициклин, тетрациклин), макролиды (джозамицин) и стрептограммины (прistinамицин).

## Репродуктивный статус у женщин с папиллома-вирусной инфекцией урогенитального тракта

**Везирова М. А.<sup>1</sup>, Иванова Л. В.<sup>2</sup>, Шмидт А. А.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Городская поликлиника № 93, Санкт-Петербург

<sup>2</sup> Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова, Санкт-Петербург

Изучены анамнестические и клинические особенности 121 пациентки 18–46 лет с отягощенным акушерским анамнезом с наличием папиллома-вирусной инфекции, проживающих в Санкт-Петербурге и Ленинградской области. Средний возраст — 31,1±6,2 года. Среди обследованных женщин у 46 отмечали невынашивание беременности: самопроизвольные выкидыши (27), преждевременные роды (8) и неразвивающаяся беременность (11), у 62 имелось вторичное бесплодие и еще у 8 была неудача имплантации эмбрионов при выполнении программы экстракорпорального оплодотворения. Использовали клиничко-анамнестический анализ, бактериологический, бактериоскопический, кольпоскопический методы, ПЦР с количественной оценкой результата.

Среди сопутствующих гинекологических заболеваний чаще всего встречались эктопия шейки матки (45,5 %), цервицит (37,2 %) и бесплодие (60,3 %), а также воспалительные заболевания органов малого таза — у 27,2 % пациенток.

У большинства пациенток в анамнезе имелись разные заболевания, передаваемые половым путем, что может свидетельствовать об их роли в генезе заболевания шейки матки.

Данные анамнеза показали, что 62,1 % пациенток начали половую жизнь в 14–18 лет, что указывает на довольно ранний сексуальный дебют и добрачное начало половой жизни у большинства обследованных. Среднее число половых партнеров — 5 (3–5) человек; 7 % женщин имели одного полового партнера, 10 % — двух, 20 % — трех, 9 % — четырех, 54 % — пять и более. При этом на момент обследования почти половина женщин обследуемой группы (57,8 %) не состояли в браке. Число курящих пациенток с папиллома-вирусной инфекцией составило 45 %. Таким образом, каждая вторая женщина имела какой-либо фактор риска развития данной инфекции.

Репродуктивную функцию оценивали с учетом количества и исходов беременностей в анамнезе. Самопроизвольные абортс отмечали у 28 (23,1 %) пациенток с папиллома-вирусной инфекцией, неразвивающуюся и внематочную беременность — у 13 (10,7 %) и 10 (8,2 %). Беременность закончилась своевременными родами у 72 пациенток (59,2 %), преждевременными — у 9 (7,4 %) и запоздалыми — у 3 (2,4 %). Родоразрешение кесаревым сечением было произведено 18 (14,9 %) пациенткам в связи с возникшими акушерскими осложнениями в родах в виде аномалии родовой деятельности.

Таким образом целесообразно проводить у женщин с ВПЧ-ассоциированной патологией шейки матки комплексное поэтапное обследование: 1) выделение группы риска, исходя из данных анамнеза и гинекологического осмотра; 2) диагностика инфекций, передаваемых половым путем; 3) цитологическое исследование цервикальных мазков; 4) расширенная кольпоскопия; 5) типирование ВПЧ, что может стать резервом для уменьшения частоты акушерских и перинатальных осложнений.

## Информативность FISH-анализа клеток осадка мочи для мониторинга рецидивов рака мочевого пузыря

**Воробцова И. Е., Тимофеев Д. А., Школьник М. И., Одинцова М. В., Жаринов Г. М.**

Российский научный центр радиологии и хирургических технологий, Санкт-Петербург

Общепринятым методом выявления рецидивов рака мочевого пузыря (РМП) является ци-

стоскопическое обследование пациентов через определенные интервалы времени после лечения. Опыт разных отечественных и зарубежных клиник показывает, что установленному протоколу наблюдения следует не более 40 % больных, что обусловлено как субъективными (болезненность, травматичность процедуры), так и объективными (инфекция, гематурия, сужение уретры) причинами. Это диктует необходимость поиска неинвазивных методов диагностики рецидивов РМП, пригодных для систематических повторных обследований больных. Цель работы — оценка информативности *FISH*-анализа слущенных уротелиальных клеток осадка мочи для выявления рецидивов РМП при использовании набора флуоресцентных ДНК-зондов UroVysion (Abbott Molecular, USA) к центромерным участкам 3,7 и 17 хромосом и к локусу 9p21.

Выборка пациентов состояла из 63 человек 32–87 лет, обследованных в интервале от 1 до 36 мес после лечения первичной опухоли. До цистоскопии у больных забирали образцы мочи, готовили препараты слущенных клеток, гибридизировали с набором ДНК-зондов UroVysion, анализировали под флуоресцентным микроскопом, оценивая случаи как положительные или отрицательные в соответствии с общепринятыми критериями.

Результаты цистоскопии и UroVysion теста совпали в 87 % случаев. Рецидивы были выявлены у 30 % выборки, у 6 пациентов при отрицательном результате цистоскопии результат UroVysion теста был положительным. У одного больного цистоскопически рецидив был обнаружен лишь через 36 мес, тогда как UroVysion тест показал наличие опухоли на год раньше. У *FISH*-положительных пациентов было определено и количество (%) генетически аномальных уротелиоцитов на препарате. Выявлена положительная корреляция между стадией (*pT*), степенью злокачественности (*G*) опухоли и долей аномальных клеток. Это позволяет косвенно оценить гистологический профиль рецидивирующей опухоли при отсутствии повторных биопсий и выделить группы больных с высоким/низким риском прогрессирования опухоли.

На группе из 30 пациентов, обследованных цистоскопически и с помощью теста UroVysion, оценивали также возможность диагностики РМП при использовании *FISH* ДНК-зонда, Vysis AURKA Spectrum Gold (Abbott Molecular, USA), специфичного к локусу 20q13, где локализован ген *Аигога*-киназы. Его гиперэк-

спрессию за счет увеличения копийности наблюдают при разных опухолях, и в частности при РМП. Препараты перегибридизовывали с зондами AURKA и анализировали под флуоресцентным микроскопом, подсчитывая количество сигналов в каждой из 100 проанализированных клеток. При отсутствии (по данным цистоскопии и UroVysion теста) опухоли у пациентов количество сигналов AURKA на клетку составило  $2,03 \pm 0,01$  (1,96–2,14), а доля генетически аномальных клеток с количеством сигнала больше  $2n$  —  $2,18 \pm 0,34$  (0–8). У больных РМП те же показатели составили  $2,90 \pm 0,18$  (2,20–3,71) и  $34,13 \pm 7,23$  (12–84), соответственно. Совпадение результатов AURKA теста с данными цистоскопии и UroVysion наблюдали в 93,5 % случаев, что свидетельствует о возможности замены дорогостоящего набора UroVysion на значительно более дешевый AURKA при мониторинге рецидивов рака мочевого пузыря.

### Урологические проявления Elsberg-синдрома при герпес-вирусной инфекции у женщин

**Выходцев С. В.<sup>1</sup>, Батько А. Б.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Психиатрическая больница Св. Николая Чудотворца, Санкт-Петербург

<sup>2</sup> Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова, Санкт-Петербург

Elsberg-синдром впервые описан американским хирургом Charles Albert Elsberg (1871–1948) и представляет собой рентгенологический признак опухолевого поражения позвоночника. В настоящее время это понятие было расширено до клинических симптомов неврологических нарушений тазовых органов как проявления сакральной радикулопатии, среди которых следует отдельно выделить нарушения мочеиспускания по типу острой задержки мочи.

Острая задержка мочи (ОЗМ) занимает одно из самых первых мест среди urgentных состояний в урологической практике. Традиционно данную ситуацию относят к «мужским» проблемам, и сведения о распространенности ОЗМ и ее причинах у женщин ограничены. Однако в клинической практике иногда встречаются случаи ОЗМ, причиной которой являются миелорадикулит и радикуломиелопатия вследствие поражения периферической нервной системы вирусами герпеса (*Herpes simplex virus* 1-го и 2-го подтипа, *Varicella zoster virus*). В этих случаях расстройство мочеиспускания является

следствием нарушения чувствительности тазовых органов. Клиническими проявлениями дисфункции органов малого таза также будут являться отсутствие или снижение интенсивности позыва на мочеиспускание и дефекацию, исчезновение ощущения наполненности мочевого пузыря и прямой кишки, прекращение ощущений при прохождении мочи через уретру и кала через прямую кишку. Могут наблюдаться также боль (диспареуния) или иные патологические ощущения при половом акте. Нарушения акта мочеиспускания в таких ситуациях характеризуются переполнением мочевого пузыря с большим объемом остаточной мочи.

В нашей практике частой причиной возникновения ОЗМ у женщин молодого и среднего возраста, помимо психических и острых неврологических расстройств, явились заболевания герпес-вирусной инфекцией по типу первичного генитального герпеса (*HSV* 2-го и 1-го подтипа), а также случаи опоясывающего герпеса с поражением преимущественно пояснично-крестцовых отделов спинного мозга (*VZV*). По нашему мнению, недостаточная осведомленность узких специалистов о причинах ОЗМ у женщин обусловлена, в том числе, и нечастой встречаемостью в целом урологических осложнений герпес-вирусной инфекции.

В период с 2010 по 2013 г. нами обследованы 17 женщин (средний возраст — 27 лет), обратившихся в экстренном порядке в связи с невозможностью самостоятельно помочиться при заполненном мочевом пузыре и наличии явных позывов на мочеиспускание. Симптомы ОЗМ у всех обследованных женщин сопровождались болью, ощущением жжения или зуда в области наружных половых органов и/или перианальной области, а также наличием папулезных высыпаний, переходящих в везикулы, или везикулезной сыпи (единичной или множественной, с одно- или двусторонним расположением), обнаруженной самими женщинами или, что было чаще, врачом при осмотре. Менее половины обратившихся женщин отмечали у себя общее недомогание и повышение температуры тела. Все пациентки были обследованы в условиях отделения экстренной помощи. Диагноз устанавливали на основании клинических и инструментальных методов (консультации уролога, гинеколога, невролога; УЗИ органов мочевыделительной и половой систем). Лабораторную диагностику (ПЦР, ИФА) с подтверждением этиологии заболевания (ВПГ 2-го, 1-го

типа, *VZV*), а также дополнительные обследования на ИППП (в том числе ВИЧ, гепатиты *B* и *C*, сифилис) проводили в дальнейшем на стационарном или амбулаторном этапе.

Опыт обследования, лечения и наблюдения за пациентками показал, что наиболее предпочтительной тактикой в данной ситуации оказалась установка катетера Folley a'demeure (№ 16–18) на 3–5 дней на фоне проводимой терапии противовирусными средствами и уросептиками в соответствии с принятыми рекомендациями. В качестве противовирусных средств в течение 5–10 дней применяли *per os* ацикловир (0,2××5 р/сут) или валацикловир (0,5×2 р/сут), а на период установки катетера — фторированные хинолоны, отдавая предпочтение оригинальным препаратам. Для купирования болевого синдрома, обусловленного развитием герпетической и постгерпетической невралгии, снижения тревожности и стабилизации сна мы с успехом применяли — самостоятельно или в сочетании — противосудорожные препараты (в зависимости от выраженности болей — габапентин 0,3–0,9/сут или прегабалин 0,15–0,6/сут) и нестероидные противовоспалительные средства (кетопрофен) с учетом рекомендаций специалистов.

Немаловажную роль в комплексном подходе к терапии ИППП играет психотерапевтическая поддержка. Для этого проводили работу по психологической адаптации пациентов к проблеме для принятия ими сложившейся ситуации, осознания причин болезненного процесса и необходимости лечения, понимания безопасности данного состояния для жизни при условии адекватной терапии. Пациенток информировали о возможном рецидиве процесса и способах его предотвращения.

Таким образом, мы рассматриваем случаи ОЗМ у женщин на фоне заболеваний, вызванных герпес-вирусной инфекцией, как частный случай остро развившейся нейрогенной дисфункции мочевого пузыря, в связи с чем считаем, что подход к лечению данной проблемы должен быть комплексным и включать сотрудничество специалистов из смежных областей медицины — урологов, гинекологов, неврологов. Такой интегративный подход потребует расширения профессиональной компетентности каждого специалиста в отдельности, а итогом совместной работы будут качественная и своевременная диагностика, обнадеживающие результаты лечения и минимальная вероятность рецидива заболевания.

## Особенности серологического профиля у мужчин с генитальной хламидийной инфекцией до и после антибактериальной терапии

**Есинов А. С.**, Москва

На вопрос о том, насколько правомочным для диагностики хламидиоза является использование серологических тестов, по-прежнему нет точного ответа. Считается, что диагноз хламидийной инфекции может быть поставлен только на основании прямого выявления возбудителя или его маркеров. Такое позиционирование снимает акцент с дальнейшего тщательного изучения динамики серологических реакций при хламидийной инфекции, несмотря на то, что скрупулезных доказательств неэффективности выявления антихламидийных антител нет.

**Материалы и методы.** Для определения стадийных изменений серологических параметров при хламидийной инфекции был выполнен анализ результатов комплексного обследования 243 мужчин. Обследование, в частности, включало выявление *Chlamydia trachomatis* в генитальном материале методом ПЦР, а также определение методом ИФА антихламидийных *IgA* и *IgG* в сыворотке крови и семенной плазме. Для анализа данных использовали непараметрическую статистику. Значения  $p < 0,05$  считали статистически значимыми.

Маркеры хламидийной инфекции были выявлены у 124 мужчин, которых разделили на две группы. В 1-ю вошли 25 человек с положительными результатами ПЦР (активная хламидийная инфекция). У них в генитальном тракте были выявлены фрагменты ДНК *C. trachomatis*. 2-ю группу составили 99 человек с отрицательными результатами ПЦР, но положительными результатами серологических тестов. У этих пациентов в сыворотке крови или семенной плазме были обнаружены специфические антихламидийные иммуноглобулины. Пациенты 2-й группы расценивались как перенесшие генитальную хламидийную инфекцию в прошлом. В каждой группе в зависимости от комбинации антихламидийных антител в сыворотке крови и семенной плазме (серологический профиль) были выделены три подгруппы. У пациентов первой подгруппы антитела были обнаружены одновременно в сыворотке крови и семенной плазме. Во второй подгруппе пациенты имели только сывороточные антитела (антитела только в крови). У пациентов третьей подгруппы были обнаружены только локальные антихламидийные *IgA* (антитела только в семенной плазме).

Затем был проведен сравнительный анализ количества пациентов соответствующих подгрупп обеих основных групп и оценена статистическая достоверность их различий.

**Результаты.** Полученные результаты показали, что в группе с активной хламидийной инфекцией преобладали пациенты с наличием антител одновременно в сыворотке крови и в семенной плазме (первая подгруппа,  $p=0,0001$ ); при этом в первой подгруппе полностью отсутствовали пациенты, у которых выявлялись только локальные антихламидийные антитела в семенной плазме (!). В противовес этому, у лиц, перенесших хламидийную инфекцию, антихламидийные антитела намного чаще выявляли либо только в сыворотке крови (вторая подгруппа,  $p=0,008$ ), либо только в семенной плазме (третья подгруппа,  $p=0,017$ ).

**Заключение.** Следовательно, для активной хламидийной инфекции, как правило, характерным является выраженный гуморальный иммунный ответ организма с одновременной выработкой антител в сыворотке крови и семенной плазме. В постинфекционном периоде, спустя 1–6 мес после успешной антибактериальной терапии, у многих пациентов наблюдают тенденцию к «изолированной» (либо в сыворотке крови, либо в семенной плазме) продукции антихламидийных антител и их продолжительной персистенции. Полученные данные являются доказательством того, что в подавляющем большинстве случаев положительные результаты серологических тестов при отрицательных результатах ПЦР должны расцениваться как критерий, отражающий постинфекционный статус пациента. Однако существующая качественная и количественная неоднородность специфической серологической реакции в виде продукции разных классов антихламидийных антител и разного уровня их титра диктует необходимость выделения пациентов группы риска, которым требуется соответствующее лечение и динамическое наблюдение.

## Орошение мочевого пузыря раствором повидон-йода после ТУР аденомы предстательной железы

**Идрисов Ш. Н.**

Клиника «Скандинавия», Санкт-Петербург

Для снижения риска кровотечения и развития инфекционно-воспалительных осложнений пациентам с доброкачественной гиперплазией предстательной железы в послеоперацион-

ном периоде, в комплексе с другими методами профилактики, проводят орошение мочевого пузыря разными растворами. Одним из применяемых для этих целей препаратов является повидон-йод. Этот препарат имеет широкий спектр противомикробного действия, активен в отношении бактерий, грибов, вирусов, простейших. К повидон-йоду не развивается резистентность у микроорганизмов. Для орошения мочевого пузыря препарат необходимо разводить в физиологическом растворе в соотношении 1:25. Цель — оценка эффективности орошения мочевого пузыря раствором повидон-йода.

**Материалы и методы.** В период с 2008 по 2012 г. под нашим наблюдением находились 62 пациента 51–84 лет (средний возраст — 61,1±5,9 года) с доброкачественной гиперплазией предстательной железы, которым после ТУР аденомы предстательной железы в раннем послеоперационном периоде проводили орошение мочевого пузыря. У 9 (14,5 %) пациентов для этих целей применяли 0,9 % раствор хлорида натрия, а у 53 (85,5 %) — разведенный раствор Бетадина. Длительность орошения составила 2–4 дня (в среднем 2,9±0,8 дня).

**Результаты.** В ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде проведено сравнение лабораторных данных и субъективных признаков у этих двух групп пациентов. Признаки инфицирования мочевых путей и рост патогенной микрофлоры выявлен у одного (11,1 %) пациента, которому проводили орошение мочевого пузыря физиологическим раствором, и у 2 (3,8 %), которым проводили орошение раствором Бетадина. Этим пациентам потребовалось проведение дополнительной антибактериальной терапии. Лейкоцитурия и дизурические расстройства сохранялись у всех пациентов на протяжении 2–3 мес. Клинически значимого кровотечения ни у кого из пациентов не отмечено.

В первой группе показатели анализов мочи нормализовались за 2–3 мес, во второй группе этот срок составил 1,5–2 мес. Дизурические расстройства в первой группе пациенты перестали отмечать через 3–6 нед, во второй группе — через 2–4 нед.

**Заключение.** Орошение мочевого пузыря после оперативного лечения аденомы предстательной железы является обязательным условием раннего послеоперационного периода. Это позволяет снизить вероятность кровотечения и инфекционно-воспалительных осложнений. Раствор Бетадина показал хорошие результаты и может быть рекомендован для более широкого использования у больных, нуждающихся в профилактическом орошении мочевого пузыря.

## Оценка эффективности таргетной терапии метастатического рака почки по критериям RECIST

**Клименко А. А., Иванов С. А.**

Российский научный центр рентгенодиагностики, Москва

В настоящее время в большинстве клинических исследований используют критерии RECIST (ответ солидных опухолей), оценивающие эффективность лечения рака для объективного ответа при солидных опухолях. Разработанные критерии определяют улучшение, если уменьшаются размеры очагов или они исчезают (частичный или полный ответ при уменьшении суммы размеров очагов на 30 %), стабилизацию (размеры опухолевых очагов остаются прежними от начала лечения), ухудшение или прогрессирование заболевания (появление новых опухолевых очагов или увеличение размеров очагов больше 20 %). Основными методами для определения эффективности лечения являются рентгенологические диагностические исследования (рентгенография, мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ), магнитно-резонансная томография (МРТ)) и радиологическое исследование (сцинтиграфия костей скелета).

В урологическом отделении РНЦРР (Москва) с 2007 г. проводят международные клинические исследования, в частности по определению эффективности таргетных препаратов при светлоклеточном метастатическом раке почки. Было проведено лечение 59 больных метастатическим раком почки: 12 больным — первая линия таргетной терапии, 47 больным — вторая линия лечения. Средний возраст пациентов — 65 лет (41 мужчина и 18 женщин). У всех больных имелись отдаленные очаги метастазов с обязательным наличием мягкотканых очагов. Гистологически у всех больных был светлоклеточный вариант почечно-клеточного рака. Пациентам регулярно по графику проводили клинические и рентгенологические исследования для определения эффективности исследуемых препаратов и выявления побочного их действия. Рентгенологические методы исследования пациентов в процессе лечения проводят один раз в 1,5–3 мес, исследование костей скелета проводят один раз в полгода. Эффективность лечения определяют по критериям RECIST, версия 1.0, а с 2009 г. — по версии 1.1. На скрининговом этапе выявляли целевые очаги, по которым в последующем определяли эффективность лечения. Брали мягкотка-

ные измеряемые опухолевые очаги размером не менее 10 мм по максимальному диаметру и не более пяти очагов на один орган. Если целевым очагом являлся лимфатический узел, то размер очага должен был быть не менее 15 мм по минимальному диаметру. Костные очаги не учитывали как целевые и их не измеряли. В случае слияния нескольких мягкотканых очагов измеряли максимальный размер и сравнивали с суммой размеров очагов, из которых он слился, и наоборот, при уменьшении в размерах и появлении нескольких мелких очагов вместо одного крупного производили сравнение размеров аналогично.

Система исследований по критериям RECIST опухолевых очагов позволяет унифицированно делать выводы об эффективности проводимого лечения.

## Результаты применения бевацизумаба с интерфероном альфа при лечении распространенного рака почки

**Клименко А. А., Иванов С. А.**

Российский научный центр рентгенодиагностики, Москва

Метастатический почечно-клеточный рак (ПКР) остается актуальной проблемой в настоящее время. В структуре онкологических заболеваний на почечно-клеточный рак приходится около 4 % от всех заболеваний. В настоящее время до 40 % случаев заболевания выявляют случайно при профилактическом обследовании. При наличии метастазов двухлетняя выживаемость доходит до 20 %. По данным различных авторов, 25–50 % больных имеют метастазы на момент установления диагноза. Одной из основных целей противоопухолевой таргетной терапии являются внутриклеточные мишени, вовлеченные в процесс стимуляции ангиогенеза и опухолевого роста. Одним из препаратов лечения является бевацизумаб, который инактивирует ген *VHL*, ответственный за активный рост сосудов, в том числе в быстро растущих опухолях.

**Материалы и методы.** В РНЦРР в рамках международного клинического протокола с 2009 г. было проведено лечение 12 больных 49–67 лет (4 (33%) женщины и 8 (67%) мужчин) с распространенным почечно-клеточным раком. Средний возраст — 58 лет. Лечение продолжалось от 4 нед до настоящего времени и составляет более 237 нед у 2 пациентов (16 %), среднее время лечения составило 52 нед. Критериями включения являлись морфологи-

чески подтвержденный светлоклеточный нерезектабельный или метастатический рак почки, наличие измеряемого опухолевого образования, благоприятный или промежуточный прогноз по Motzer (J. clin. Oncol., 1999, vol. 17(8)). Первичной целью исследования являлась оценка общей выживаемости, вторичными целями — выживаемость без прогрессирования, частота объективного ответа на лечение, безопасность и переносимость терапии, наступление нежелательных явлений и борьба с ними. Больным проводили терапию в режиме бевацизумаб 10 мг/кг внутривенно капельно каждые 14 дней и интерферон альфа-2а по 3 млн Ед. подкожно 3 раза в нед. Каждые 2 нед отмечали нежелательные явления, пациенты заполняли анкеты качества жизни. Были проведены лабораторные исследования: биохимический анализ крови (глюкоза, билирубин общий, щелочная фосфатаза, АЛТ, АСТ, мочевины, креатинин), коагулограмма, гормоны щитовидной железы, общий анализ крови и мочи. Каждые 3 мес проводили КТ грудной клетки, брюшной полости и таза, один раз в 6 мес — остеосцинтиграфию, по показаниям — ЭКГ, при наличии клинических проявлений — КТ головного мозга. Лечение проводили до подтвержденного прогрессирования заболевания, развития выраженных побочных эффектов или прекращения приема по желанию пациента.

**Результаты.** У всех пациентов на скрининговом визите были зарегистрированы множественные (более трех) мягкотканые измеряемые очаги, из них у 3 (25 %) пациентов также присутствовали костные очаги. Одна (8 %) пациентка в ходе лечения на 6-й нед отказалась от проводимого лечения в связи с наступлением слабости и головокружения (3-я степень нежелательного явления) и в дальнейшем на связь не выходила. У 3 (25 %) пациентов прогрессия наступила в течение 6 нед, смерть от прогрессии была зафиксирована на 8–9-й неделе наблюдения от начала лечения. У 4 (33 %) пациентов прогрессия заболевания зафиксирована на 23–25-й неделе, смерть наступила в промежутке 58–121 нед, в среднем через 81 нед. Этой группе пациентов в период наблюдения проводили вторую линию таргетной терапии. 2 (16 %) больных продолжали лечение в течение 48–50 нед, соответственно, смерть зафиксирована на 70-й и 86-й неделе, соответственно. Лечение без прогрессирования выявлено у 2 (16 %) больных и в настоящее время составило более 237 нед. Слабость на

фоне проводимого лечения отмечали у всех больных, у 11 (92 %) она не превышала 2-й степени и не требовала дополнительных действий и отмены таргетного препарата. Наличие слабости расценивали как побочный эффект применения интерферона-альфа. Артериальную гипертензию наблюдали у 2 больных, из которых одна (8 %) больная (по данным международного обследования AVOREN — 26 %) уже принимала гипотензивные препараты до начала лечения бевацизумабом. Всем больным назначали ежедневный мониторинг артериального давления. При превышении артериального давления 130/100 мм рт. ст. пациентам начинали гипотензивную терапию после консультации кардиолога. Назначали блокаторы кальциевых каналов, при превышении артериального давления 160/100 мм рт. ст. назначали нитраты длительного действия. Со стороны желудочно-кишечного тракта у 6 (50 %) больных отмечали тошноту, которая не превышала 1-й степени. Периодическая рвота выявлена у 4 (33 %) больных и тоже не превышала 1–2-ю степень выраженности, не потребовала дополнительного лечения. Диарею отмечали у 3 (25 %, в исследовании AVOREN — 20 %) больных и она соответствовала 1-й степени выраженности. При наступлении нежелательных явлений со стороны желудочно-кишечного тракта больным назначали щадящую диету, ферментативные препараты, обволакивающие средства. Отмены таргетной терапии по поводу этих нежелательных явлений не было ни у одного пациента. При проведении лабораторных исследований перемежающаяся протеинурия в ходе лечения была выявлена у 7 пациентов (58 %) и не превышала 1–2-й степени выраженности у 5 (41 %) пациентов, 3-й степени — у 3 (16 %, в исследовании AVOREN — 18 %). Печеночные ферменты и билирубин незначительно повышались у 7 (58 %) больных при длительном периоде лечения и наблюдения и также не требовали лекарственной коррекции (1-я степень).

**Выводы.** Применение бевацизумаба 10 мг/кг и интерферона альфа-2а по 3 млн Ед 3 раза в нед в качестве первой линии терапии у больных почечно-клеточным раком повышает общую выживаемость и выживаемость без прогрессии. Вовремя проведенные превентивные меры позволяют уменьшить побочные эффекты таргетных препаратов.

Морфологическое исследование состояния почечного сосочка в патогенезе мочекаменной болезни

**Комяков Б. К.<sup>1</sup>, Забродская Ю. М.<sup>2</sup>, Зубарев В. А.<sup>1</sup>, Егорова Е. В.<sup>3</sup>, Никифорова К. И.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Северо-западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова, Санкт-Петербург

<sup>2</sup> Российский нейрохирургический институт им. проф. А. Л. Поленова, Санкт-Петербург

<sup>3</sup> Бюро судебно-медицинской экспертизы, Санкт-Петербург

Изучение морфологических и функциональных особенностей форникального аппарата почки дает возможность приблизиться к пониманию этиологии и патогенеза многих урологических заболеваний и делает актуальным настоящее исследование.

**Материалы и методы.** Проводили морфологическое исследование материала, полученного при 20 аутопсиях лиц молодого и среднего возраста (22–35 лет) без видимой почечной патологии. Изготавливали гистологические препараты из проксимальных отделов чашечки в области сосочков. Использовали стандартную проводку по спиртам и заливкой в парафин. Срезы окрашивали гематоксилином и эозином для определения состояния волокон соединительной ткани по Ван-Гизону, Маллори, реактивом Шиффа, алциановым синим, по Коссу на кальцинаты.

**Результаты.** При гистологическом исследовании зоны сосочка в пяти случаях выявлены единичные микрокальцинаты, располагающиеся под эпителием канальцев в соединительнотканной строме почки. В свою очередь, строма отечна, отмечали умеренное диффузное разрыхление волокон, а также нежное окрашивание алциановым синим, указывающее на наличие мукоидного набухания, то есть начальных этапов дезорганизации соединительной ткани. Грубых проявлений повреждения стромы выявлено не было.

Патологические изменения структур почечного сосочка, по мнению ряда исследователей, играют ключевую роль в патогенезе мочекаменной болезни. Stoller и соавт. (2004) предположили, что фактором, инициирующим патогенез камнеобразования, может быть альтерация (повреждение) *vasa recta* в области почечного сосочка. Восстановление поврежденной стенки сосуда может протекать по типу формирования атеросклеротической бляшки. Evan и соавт. (2003) представили альтернативный взгляд на патогенез камнеобразования на основе тщательного изучения папиллярных бляшек, полу-



ченных при биопсии в ходе перкутанной нефролитотомии у пациентов с идиопатическим оксалат-кальциевым нефролитиазом. Очаги зарождения бляшки локализовались в собственной пластинке базальной мембраны тонкого конца петли Генле, затем, проходя через медуллярную интерстициальную ткань, занимали субэпителиальное местоположение.

**Выводы.** Таким образом, наличие папиллярных бляшек, вероятнее всего, является этапом патогенеза мочекаменной болезни. Обнаруженные нами признаки мукоидного набухания в сочетании с образованием микрокальциатов требуют дальнейшего изучения возможной роли дезорганизации соединительной ткани почечной стромы в инициации камнеобразования в почках.

### Фаллопротезирование при эректильной дисфункции

**Кушниренко Н. П., Рассветаев А. В., Синельников Л. М., Харитонов Н. Н., Кормаков В. А., Кушниренко С. Н.**

Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова, Санкт-Петербург

В течение 1988–2013 гг. 190 больным 22–80 лет с эректильной дисфункцией было выполнено фаллопротезирование. Полное нарушение эрекции отмечали 80 больных (42,1%), выраженное ее ослабление — 110 (57,9%). У 10 больных (5,3%) эректильная дисфункция имела первичный характер, у 180 (94,7%) она возникла в процессе половой жизни и наблюдалась на протяжении от 6 мес до 15 лет. Показаниями к фаллопротезированию явились эректильная дисфункция вследствие артериовенозной (37,9%), венозной (32,1%) и артериальной (13,8%) недостаточности полового члена, его деформации (11,0%), эндокринные и нейрогенные заболевания (6,9%), а также неудовлетворенность результатами консервативной терапии — 100%, перевязки дорзальных вен — 7,4%, имплантации пенильных протезов — 2,6%. В 152 случаях (80,0%) имплантировали полуригидные протезы отечественного производства, в 28 (14,7%) — однокомпонентные (AMS, Genesis) и в 10 (5,3%) — трехкомпонентные гидравлические протезы (MENTOR, AMS). Среди интраоперационных осложнений в одном случае (0,5%) имела место перфорация белой оболочки и в 1 (0,5%) — уретры. В течение месяца после операции отмечали отек крайней плоти у 31 больного (16,3%), птоз

головки — у 9 (4,7%), асимметричное расположение протезов — у 8 (4,2%), затрудненная манипуляция помпой из-за отека тканей мошонки — у 3 (1,6%), перипротезное нагноение, повлекшее удаление протезов, — у 1 (0,5%). В отдаленном периоде у 2 больных (1,0%) произошел перелом одного из полуригидных протезов, у 1 (0,5%) — асептическая перфорация протезов в ладьевидную ямку. Все осложнения были устранены консервативным или хирургическим путем. Двое больных с удаленными протезами от реимплантации воздержались. Остальные 188 больных (98,97%) были удовлетворены половой жизнью, которая протекала более физиологично у лиц с имплантированными гидравлическими протезами.

Таким образом, фаллопротезирование является надежным методом сексуальной реабилитации мужчин с наиболее тяжелыми проявлениями органической эректильной дисфункции. Выбор модели протезов зависит от их наличия на отечественном рынке и финансовых возможностей пациентов.

### Прегавидарная подготовка женщин с хроническим цервицитом

**Новиков Е. И.<sup>1</sup>, Малышев М. Е.<sup>2</sup>, Фомина М. С.<sup>1</sup>, Сурминов Е. И.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова, Санкт-Петербург

<sup>2</sup> Научно-исследовательский институт скорой помощи им. И. И. Джанелидзе, Санкт-Петербург

По данным литературы, на долю I триместра приходится до 50% самопроизвольного прерывания подтвержденных беременностей. Около 70% из них имеют инфекционно-воспалительную этиологию. Восходящий путь инфицирования плодного яйца у этих больных с хроническим цервицитом и вагинитом является основным. Наличие крипт в цервикальном канале, которые являются резервуаром инфекции, способствует хронизации процесса (Глуховец Б. И., 2009). По данным И. А. Салова (2009), основными возбудителями хронических цервицитов являются *Chlamidia trachomatis*, *Ureaplasma spp.*, *Mycoplasma hominis*, *Herpes simplex 1, 2*.

Цель исследования — уточнение оптимального диагностического алгоритма у больных с хроническим цервицитом и подбор эффективного лечения данного заболевания в плане прегавидарной подготовки.

**Материалы и методы.** Под наблюдением находились 18 женщин, у которых в анамнезе был самопроизвольный выкидыш I триместра беременности инфекционно-воспалительной природы. Алгоритм диагностики включал клинические методы, кольпоскопию, микробиологические исследования (микроскопия, полимеразная цепная реакция, иммуноферментный анализ, культуральный метод), цитологические исследования соскобов экто- и эндоцервикса, комплексное морфологическое исследование плодного яйца (гистологическое, иммуногистохимическое и другие).

**Результаты.** Клинические и кольпоскопические методы подтвердили у больных наличие хронического цервицита. У 9 пациенток из цервикального канала выделены хламидии, в 5 случаях — хламидии в ассоциации с вирусной инфекцией, у 4 больных — уреоплазмы, у 5 — микоплазмы. Всем больным проводили общую и местную терапию. Для общей терапии препаратом выбора являлся джозамицин (Вильпрофен). Курс терапии — 0,1 г внутрь 2 раза в день в течение 14–20 дней. Местное лечение — присыпки шейки матки порошком тетрациклина с нистатином, метронидазолом, лазеротерапия. Критерии излеченности — отсутствие клинических, кольпоскопических, микробиологических признаков инфекционно-воспалительного процесса в шейке матки и влагалища через 1–2 мес после окончания лечения. В процессе прегравидарной подготовки пациентки также обследованы по тестам функциональной диагностики (ректальная температура, УЗИ), при необходимости проводили коррекцию овариально-менструального цикла. В течение двух лет у 12 больных естественным путем наступила беременность. Все женщины наблюдаются в женской консультации. До настоящего времени беременность протекает без осложнений.

**Заключение.** У данной группы больных оптимальным диагностическим алгоритмом является кольпоскопия, микробиологические методы (микроскопия, полимеразная цепная реакция, цитология соскобов шейки матки), комплексное морфологическое исследование плодного яйца. Общая и местная терапия хронического цервицита в течение 14–20 дней, четкое использование критериев излеченности через 1–2 мес являются основой для дальнейшей прегравидарной подготовки.

Гиперплазия эндометрия: возможности лечения, профилактика осложнений, особенности генотипа

**Озолия Л. А.,<sup>1</sup> Патрушев Л. И.<sup>2</sup>,  
Луценко Н. Н.<sup>1</sup>, Патрушева Н. Л.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> РНИМУ им. Н. И. Пирогова, Москва

<sup>2</sup> ИБХ им. Шемякина и Овчинникова РАН, Москва

Лечение больных с гиперплазией эндометрия является непростой задачей, так как назначение гемостатической и гормональной терапии так же, как и выполнение хирургических вмешательств, может привести к активации тромботических процессов, учитывая целый ряд клинических факторов риска венозных тромбозов у этих больных (возраст старше 30 лет, ожирение, острая кровопотеря, анемия, артериальная гипертензия, сахарный диабет и др.). С другой стороны, при отсутствии адекватного лечения на фоне гиперплазии эндометрия может развиться рак тела матки.

**Материалы и методы.** Для изучения особенностей генотипа данного контингента больных и профилактики возможных осложнений со стороны системы свертывания крови (как геморагий, так и тромбозов) нами были обследованы 95 пациенток 34–62 лет с гиперплазией эндометрия. Больным проводили определение частоты носительства следующих мутаций, приводящих к патологии системы гемостаза и предрасполагающих к онкологическим процессам: *FV Leiden* в гене фактора V, *G20210A* в гене протромбина, *C677T* в гене метилентетрагидрофолатредуктазы (МТГФР), полиморфизм в гене *PAI-1* (ген ингибитора активатора плазминогена-1), *G29926C* в гене *THBS* (ген тромбоспондина-4), *G10976A* в гене фактора VII, *G1639A* в гене *VKORC1* (ген эпоксид-редуктазы витамина K).

**Результаты.** У пациенток выявлена следующая частота встречаемости изучаемых мутаций. Полиморфизм *G1691A* в гене фактора V (мутация Leiden) был выявлен в гетерозиготном состоянии (аллель *G/A*) в 3,16 % случаев; неблагоприятный полиморфизм *4G/4G* в гене *PAI-1* (ген ингибитора активатора плазминогена-1) встречался в 27,37 % наблюдений; полиморфизм *G29926C* гена тромбоспондина-4: наиболее неблагоприятный аллель *C/C*, ответственный за развитие инфаркта миокарда и рецидивирующих венозных тромбозов, выявлен в 4,24 % случаев; полиморфизм *G10976A* в гене фактора VII: аллель *G/G* — в 77,89 % наблюдений, *G/A* — в 20,0 %, *A/A* — в 2,10 % случаев; полиморфизм *C807T* в гене гликопротеина

1а: наиболее неблагоприятный аллель *T/T* — в 7,37 % наблюдений; полиморфизм *T1565C* гена гликопротеина *Pb/Ша*: аллель *T/T* выявлен у 76,84 %, аллель *T/C* — у 20,0 %, аллель *C/C* — у 3,16 % больных; полиморфизм *G169A* в гене эпоксид-редуктазы витамина *K*: аллель *A/A* — у 16,84 % больных; полиморфизм *I/D* в гене ангиотензинпревращающего фермента (*ACE*): опасный аллель *D/D* выявлен в 16,85 % наблюдений.

Среди обследованных только у одной больной с простой гиперплазией эндометрия не было выявлено ни одной из изучаемых мутаций, у остальных больных встречались от одной до восьми мутаций одновременно. Всем пациенткам диагноз поставлен на основании гистологического исследования, в результате которого выявлена простая или сложная гиперплазия эндометрия без атипии — у 67,8 %, а также полипы эндометрия — у 32,2 %. Пациенткам репродуктивного и перименопаузного периода назначали гормональное лечение препаратами, не оказывающими тромбофилическое влияние на гемостаз: 36 больным назначен дидрогестерон, а 20 больным в перименопаузном периоде — агонист гонадотропин-рилизинг-гормона трипторелин. Гормональное лечение проводили в течение 3–6 мес под контролем УЗИ органов малого таза и цитологического исследования аспирата из полости матки. Вместе с тем, учитывая наличие клинических факторов риска тромбообразования, при гормонотерапии контролировали состояние системы гемостаза до лечения и через 1 мес после его назначения, а также рекомендовали неспецифическую профилактику венозных тромбозов (активный образ жизни, ЛФК, эластическую компрессию нижних конечностей, флеботоники (диосмин) при варикозной болезни нижних конечностей, достаточный прием жидкости, диету и т. п.). Четырем пациенткам в постменопаузе выполнена электроабляция эндометрия. Отрицательных изменений в состоянии системы гемостаза на фоне лечения у обследованных нами больных не отмечено. Через 3 мес от начала лечения, по данным УЗИ и цитологического исследования аспирата из полости матки, установлено, что гиперплазия эндометрия сохранялась у 12 (21,4 %) пациенток, а через 6 мес от начала лечения — у 4 (7,1 %) больных, несмотря на проводимое лечение дидрогестероном. У больных, получавших трипторелин, гиперплазия эндометрия отсутствовала уже через 3 мес от начала лечения.

**Выводы.** Гиперплазия эндометрия развивается на фоне определенного генотипа, поэтому лечение данного контингента больных требует применения препаратов, не оказывающих тромбофилическое влияние на гемостаз, учитывая высокий риск развития у этих больных как тромботических осложнений, так и рака эндометрия.

Современные возможности внутривульварной БЦЖ-терапии при немышечно-инвазивном раке мочевого пузыря и профилактика осложнений

**Павлов А. Ю., Гармаш С. В., Кравцов И. Б.**

Российский научный центр рентгенодиагностики, Москва

Стандартным методом лечения немышечно-инвазивного рака мочевого пузыря (НМИ РМП) является трансуретральная резекция с последующей иммунотерапией (БЦЖ) либо неоадьювантной внутривульварной химиотерапией. В настоящее время ТУР и БЦЖ-иммунотерапия является стандартом лечения НМИ РМП. Безрецидивная 10-летняя выживаемость пациентов, получавших комбинированное лечение (ТУР+БЦЖ), составляет 65 % (EORTC, 2009). Однако в среднем у 32 % пациентов отмечают общие и локальные осложнения в виде выраженных циститов, аллергических реакций и прочих изменений, не купирующихся к моменту следующей инстилляции. Цель исследования — увеличение безрецидивной выживаемости, улучшение качества жизни пациентов с поверхностной формой РМП за счет оптимизации схем иммунотерапии и профилактической гемостатической и противовоспалительной терапии.

**Материалы и методы.** Нами была оценена безопасность и эффективность БЦЖ-иммунотерапии (УРО-БЦЖ МЕДАК, Германия) у 12 пациентов 63–82 лет с НМИ РМП (мужчин — 8 (67 %), женщин — 4 (33 %)). У всех больных диагностирована I стадия заболевания (T1N0M0). По данным гистологического исследования, у всех больных установлен уротелиальный рак. В рамках комплексного лечения всем 12 пациентам на первом этапе выполнена ТУР МП. В течение первых 8 ч проведено одно внутривульварное введение Митомицина С 40 мг. В среднем через 4 нед после купирования макро- и микрогематурии пациенту выполняли и оценивали пробу Манту, была начата внутривульварная БЦЖ-иммунотерапия. Сначала проводили индукционную терапию по схемам, рекомендуемым Европейской ассоциацией урологов, по одному еженедельному введению

в течение 6 нед. Через 3 нед после завершения индукционного курса выполняли контрольную цистоскопию. У 5 (42 %) пациентов, учитывая низкую дифференциацию опухоли, продолжен поддерживающий курс иммунотерапии: один раз в неделю в течение 3 нед на 3-й, 6-й, 12-й месяцы после ТУР МП. Остальным 7 (58 %) больным с высокой степенью дифференциации опухоли было решено не проводить поддерживающую терапию. Период наблюдения за пациентами составил 14 мес. Каждые 3 мес проводили цистоскопию, биопсию мочевого пузыря — по показаниям.

**Результаты.** В период наблюдения, по данным комплексного контрольного обследования, ни у одного пациента не диагностировано прогрессирования заболевания. На фоне проводимого лечения такие осложнения, как БЦЖ-сепсис, аллергические реакции, не отмечались. Цистит и субфебрильную лихорадку наблюдали у 5 (42 %) больных в течение первых 48 ч после инстилляций. Все пациенты с первого дня терапии профилактически принимали растительные уросептики. У одного (8 %) пациента в первые сутки развился геморрагический цистит, купированный пероральной гемостатической терапией. Для профилактики цистита, перед последующими введениями, за 2 ч до введения вакцины начинали гемостатическую терапию, проводимую на протяжении 48 ч. При таком варианте лечения геморрагический цистит не повторялся.

**Выводы.** Органосохраняющее лечение пациентов с немышечно-инвазивным раком мочевого пузыря и последующей внутривезикулярной вакцинотерапией в комплексе с иммунотерапией в первые 8 ч после ТУР МП позволило добиться безрецидивной годичной выживаемости, а предупреждение и профилактика побочного действия УРО-БЦЖ-вакцины способствовали повышению эффективности и улучшению переносимости с минимализацией побочного действия.

Комбинированная антидиуретическая терапия доброкачественной гиперплазии предстательной железы

*Протощак В. В.<sup>1</sup>, Кулай Д. Г.<sup>2</sup>, Шестаев А. Ю.<sup>1</sup>, Матич А. И.<sup>1</sup>, Гулько А. М.<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова, Санкт-Петербург

<sup>2</sup> Областная клиническая больница Калининградской области, Калининград

К традиционным консервативным методам лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы относят применение  $\alpha$ -адреноблокаторов, М-холиноблокаторов, ингибиторов 5- $\alpha$ -редуктазы, ингибиторов фосфодиэстеразы 5-го типа и растительных препаратов. Однако у 30–40 % пациентов назначенная терапия полностью не ликвидирует симптомы нижних мочевых путей и сохраняющуюся при этом ноктурию. Целью исследования послужила оценка клинической эффективности комплексной  $\alpha$ -адренолитической и антидиуретической терапии у больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы.

**Материалы и методы.** Проведено обследование и лечение 64 больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы (средний возраст —  $67 \pm 13,7$  года), которые имели доказанную ноктурию и ночные мочеиспускания более одного раза. В зависимости от приема препаратов, наблюдаемые были разделены на две группы. 1-ю группу составили пациенты, принимавшие только тамсулозин, а 2-ю — тамсулозин и антидиуретический препарат десмопрессин в дозе 200 мг/сут за 2–3 ч до сна в течение 2 мес. Для оценки мочеиспускания и диуреза использовали дневник мочеиспускания, шкалу I-PSS, УЗИ и урофлоуметрию.

**Результаты.** В 1-й группе пациентов отмечали снижение среднего показателя I-PSS с  $19 \pm 9,6$  до  $11 \pm 7,1$  балла, остаточной мочи — с  $78 \pm 31,2$  до  $35 \pm 14,4$  и увеличение максимальной скорости мочеиспускания с  $11,5 \pm 4,4$  до  $19 \pm 5,6$  мл/с ( $p < 0,05$ ). Число мочеиспусканий и мочи, выделяемой за ночь, оставалось без достоверных изменений. В то же время, во 2-й группе пациентов, принимавших два препарата, наряду с улучшениями показателей I-PSS, остаточной мочи и урофлоуметрии, наблюдали достоверное снижение количества образуемой за ночь мочи и, как следствие, эпизодов ночных мочеиспусканий:  $875 \pm 178$  против  $460 \pm 112$  мл и  $3 \pm 1,6$  против  $1 \pm 0,8$ , соответственно.

**Заключение.** Использование в комплексном лечении больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы и ночной полиурией антидиуретического препарата достоверно снижает ноктурию и вынужденные ночные мочеиспускания по сравнению с монотерапией  $\alpha$ -адреноблокаторами.

Патофизиология образования мочи при доброкачественной гиперплазии предстательной железы

**Протоцак В. В.<sup>1</sup>, Кулай Д. Г.<sup>2</sup>, Шестаев А. Ю.<sup>1</sup>, Гулько А. М.<sup>1</sup>, Матич А. И.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова, Санкт-Петербург

<sup>2</sup> Областная клиническая больница Калининградской области, Калининград

Дизурические явления являются основным беспокойством среди пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы и отражают нарушение функции не только нижних, но и верхних мочевых путей. Современные стандарты обследования предусматривают подробную субъективную и объективную оценку уродинамики, в то время как процесс мочеобразования, степень его влияния на клиническую картину и прогрессирование осложнений остается недостаточно исследованным. Целью настоящего исследования явилось изучение характеристик суточного образования мочи у больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы.

**Материалы и методы.** Проведено обследование и наблюдение 86 мужчин (средний возраст — 64±11,5 года) с основным диагнозом аденомы предстательной железы, проходивших в разное время лечение в клиниках урологии и терапии. Оценка выделительной функции почек и суточного диуреза проводили с помощью пробы Зимницкого, дневника мочеиспускания, радиоизотопной сцинтиграфии и экскреторной урографии.

**Результаты.** У 17 (19,7 %) пациентов наблюдали умеренное снижение выделительной функции одной из почек. В 15 случаях (17,5 %) отмечали полиурию с непрерывным мочеобразованием в течение 24 ч более 35 мл/кг, диурезом 2 500 мл и больше и средней относительной плотностью мочи 1010±0,9 ед. У 18 (20,9 %) больных было выявлено преобладание ночного диуреза над дневным. Так, если в норме соотношение составляло 1:3 или ночное образование мочи было менее 33 % от суточного, то у больных с ночной полиурией средние показатели диуреза в период между засыпанием и нормальным пробуждением составили 946±295 мл, или более 40 %. Причинами суточной и ночной полиурии являлись хроническая сердечная недостаточность (30,3 %), диабетическая нефропатия (27,3 %), хроническая болезнь почек (18,2 %) и чрезмерное потребление жидкости на ночь (24,2 %).

**Заключение.** Более чем у 1/3 больных (38,4 %) с доброкачественной гиперплазией предстательной железы определяют повышенный суточный и ночной диурез, вызванный поведенческими особенностями и сопутствующими заболеваниями сердца и почек.

Причины ночной полиурии у больных с симптомами нижних мочевых путей/доброкачественной гиперплазией предстательной железы

**Протоцак В. В.<sup>1</sup>, Кулай Д. Г.<sup>2</sup>, Шестаев А. Ю.<sup>1</sup>, Гулько А. М.<sup>1</sup>, Матич А. И.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова, Санкт-Петербург

<sup>2</sup> Областная клиническая больница Калининградской области, Калининград

Симптомы заболеваний нижних мочевых путей (СНМП) и доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) встречаются у 40–80 % мужчин 50–85 лет и выражено влияют на качество жизни. Потребность ночного пробуждения для мочеиспускания является основным беспокойством и определяется более чем у половины больных. По данным наших исследований, у каждого третьего пациента ночная полиурия не поддавалась стандартным видам консервативного лечения, применяемого при аденоме предстательной железы. Цель работы — выявление причин ноктурии (ночной полиурии) у больных с СНМП/ДГПЖ.

**Материалы и методы.** Проведено обследование и лечение 96 пациентов с СНМП/ДГПЖ и ночной поллакиурией. Для определения функции почек, качественных и количественных характеристик диуреза и мочеиспускания использовали радиоизотопное исследование, экскреторную урографию, дневник мочеиспускания, урофлоуметрию, УЗИ почек, мочевого пузыря, шкалу I-PSS, пробу Зимницкого и Реберга. Пациенты были проконсультированы по показаниям кардиологом и нефрологом. За ноктурию принимали ночное образование мочи более 33 % от суточного диуреза.

**Результаты.** Через 3 мес лечения  $\alpha$ -адреноблокаторами, ингибиторами 5- $\alpha$ -редуктазы, растительными средствами и антимиокардиновыми препаратами ноктурия по-прежнему сохранялась у 39 (40,6 %) мужчин. Причинами ноктурии были: ночная полиурия — в 32 (33,4 %) случаях, первичные нарушения сна — в пяти (5,2 %) и инфекция нижних мочевых путей — в двух (2,1 %) случаях. По данным дополни-

тельных обследований, noctурия была следствием хронической сердечной недостаточности у 10 (31,3 %) мужчин, сахарного диабета и диабетической нефропатии — у 12 (37,5 %), хронической болезни почек смешанного генеза — у 6 (18,8 %) и несахарного диабета — у 4 (12,5 %) пациентов, соответственно.

**Заключение.** Ночная полиурия как симптом хронической сердечно-сосудистой и почечной недостаточности у больных с СНМП/ДГПЖ является отдельным патофизиологическим состоянием и звеном патогенеза, обуславливающим стойкую noctурию и требующим дополнительных методов терапии.

## Роль инфекции в развитии полипов цервикального канала

**Савченко Т. Н., Мельников А. В., Дергачева И. А.**

РНМУ им. Н. И. Пирогова, Москва

Полипы эндоцервикса занимают одно из первых мест по частоте встречаемости среди других доброкачественных поражений шейки матки, составляя около 23 %. Этиология и патогенез полипов цервикального канала на сегодняшний день полностью не выяснены. Целью исследования явилось изучение микробиоценоза влагалища и цервикального канала у женщин репродуктивного возраста с полипами шейки матки.

**Материалы и методы.** Выполнено комплексное клиничко-лабораторное обследование 84 женщин репродуктивного возраста 22–40 лет, из которых 44 были с полипами цервикального канала (основная группа) и 40 здоровых женщин (контрольная группа). Средний возраст — 34,2±4,8 года. У большинства пациенток полип цервикального канала был выявлен при профилактическом осмотре. При поступлении большая часть женщин (89,5 %) жалоб не предъявляла. Только 3 (7 %) пациентки жаловались на боли в низу живота тянущего характера и нарушение менструального цикла, двух (4,5 %) женщин на момент поступления беспокоили кровяные выделения из половых путей. Из сопутствующей гинекологической патологии чаще всего наблюдали воспалительные заболевания половых органов (хронический сальпингофорит, хронический эндометрит, воспалительные заболевания нижних отделов гениталий) — у 39 (88,6 %) пациенток.

**Результаты.** Бактериологическое исследование показало, что полипам шейки матки сопутствуют отклонения в вагинальном био-

ценозе, которые проявляются в достоверном ( $p<0,05$ ) снижении частоты выделения основных кислотообразующих лактобацилл по сравнению со здоровыми женщинами. Так, только у 19 (43%) пациенток основной группы были выявлены лактобациллы (21 штамм) в концентрации 6,2±1,2 lg КОЕ/мл, в то время как у здоровых женщин лактобациллы были выявлены у 34 (85 %) женщин в средней концентрации 6,8 lg КОЕ/мл. При типировании видовой состав лактобацилл был представлен *L. fermentum* у 2 (4,5 %) женщин в концентрации 5,7±0,5 lg КОЕ/мл, *L. catenaforme* — у 5 (11,4 %) женщин в концентрации 7,0±1,4 lg КОЕ/мл, *L. acidophilus* — у 2 (4,5 %) женщин в концентрации 6,3±1,15 lg КОЕ/мл, *L. casei* — у 4 (9 %) в концентрации 6,3±0,81 lg КОЕ/мл и *L. brevis* в средней концентрации 5,8±0,83 lg КОЕ/мл — у 8 (18,1 %) женщин. При этом лактобактерии, не продуцирующие пероксид водорода, составили почти 1/4 от всех выделенных штаммов (23,8 %). Основным видом лактобацилл у здоровых женщин (91 %) явился штамм *L. brevis*, продуцирующий пероксид водорода. *Enterococcus sp.* выявлены у 15 (34 %) женщин основной группы, причем в достаточно высокой концентрации — 5,3±1,67 lg КОЕ/мл. Несколько реже — у 12 (27,3 %) пациенток, но в большей концентрации, высевались *E. coli* (5,5±1,08 lg КОЕ/мл). *Staphylococcus sp.* выявлены у 5 (11,4 %) женщин с полипами цервикального канала, однако их концентрация не превышала 4,0±0,7 lg КОЕ/мл. Редко, но в высокой концентрации высевались *Proteus sp.* и  $\gamma$ -*Streptococcus sp.* (2,3 и 4,5 %, соответственно, в концентрации 7,0±0 и 5,0±0,7 lg КОЕ/мл). *Corynebacterium sp.* в концентрации 4,0±0 выявлены в одном (2,3 %) случае. Анаэробные микроорганизмы встречались редко, но в большом количестве, и были представлены *Peptostreptococcus anaerobicus* в концентрации 6,0±0 lg КОЕ/мл у 1 (2,3 %) пациентки. Спектр условно-патогенных микроорганизмов, выявленных во влагалище у женщин контрольной группы, был значительно беднее. У 16 (36 %) пациенток определяли *Enterococcus sp.* в средней концентрации 3,8±0,78 lg КОЕ/мл, у 8 (18,2 %) были выделены *Streptococcus sp.* в средней концентрации 2,8±1,1 lg КОЕ/мл. Анаэробные микроорганизмы были представлены так же, как и в основной группе, видами *Peptostreptococcus* в средней концентрации 3,8±1,15 lg КОЕ/мл у 12 (27,3 %) пациенток. Видовой состав микроорганизмов, полученных

из цервикального канала как основной, так и контрольной группы, был несколько уже, чем во влагалище, а обсемененность микроорганизмами была несколько ниже. Проведенное исследование показало, что полипы цервикального канала ассоциированы с дисбиотическими нарушениями во влагалище и цервикальном канале — с уменьшением лактобактерий на фоне повышения содержания условно-патогенной флоры. Снижение количества лактобактерий также сопровождалось неспособностью части из них продуцировать пероксид водорода, необходимый для полноценной реализации защитного потенциала лактобацилл.

**Заключение.** Таким образом, комплексное изучение микробиоценоза влагалища и цервикального канала у пациенток с полипами цервикального канала выявило дисбиотические нарушения. Полученные результаты позволяют сделать выводы о важной роли инфекционного фактора в развитии полипов цервикального канала. Нормализация микрофлоры половых путей является не только важным компонентом лечения полипов цервикального канала, но и препятствует их возможному рецидивированию.

Клинические особенности гипоплазии почек в зависимости от возраста и латерализации поражения

**Сафонова М. П., Ботвиньев О. К.**

Г Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова, Москва

Цель исследования — изучение течения болезни детей с гипоплазией почек на основании результатов клинических наблюдений и анализа протоколов вскрытий.

**Материалы и методы.** Проанализированы данные наблюдений за 236 детьми с гипоплазией почек, а также протоколы вскрытий 97 умерших детей с гипоплазией почек. Из числа обследованных, 174 ребенка — с односторонней гипоплазией почек и 62 — с двусторонней. Оценивали наличие осложнений, возраст и причину смерти больных.

**Результаты.** При гипоплазии почек чаще наблюдают одностороннее поражение ( $p < 0,001$ ), при этом как у мальчиков, так и у девочек чаще была поражена правая почка ( $p < 0,05$ ). Двусторонняя гипоплазия почек встречалась реже ( $p < 0,05$ ). Анализ показал, что как с правосторонним, так и левосторонним поражением умерло одинаковое количество детей (3,9

и 4,3 %, соответственно). Среди детей с двусторонним поражением почек летальных исходов было значительно больше (97 %). Среди умерших детей большинство составили дети от 0 до 1 мес (74 ребенка, 76,3 %), 60 из них — с тяжелым двусторонним поражением. 13 детей (13,4 %) умерли в возрасте от 1 мес до 1 года. Затем количество летальных исходов резко снижается, от 1 года до 3 лет умерли 2 детей (2,0 %), а от 3 до 7 лет — 4 (4,1 %). Ввиду декомпенсации основного заболевания 4 больных (4,1 %) умерли старше 7 лет. Анализ возраста, в котором был установлен диагноз гипоплазии почек, выявил свои особенности. Четко прослеживаются два пика в постановке диагноза: это первый месяц жизни, затем выявляемость порока значительно снижается и после 7 лет жизни явно увеличивается.

**Заключение.** Таким образом, у детей с гипоплазией почек правая почка менее устойчива и поражается в первую очередь. В связи с тяжестью состояния больных, дети с двусторонним поражением, как правило, умирают на первом году жизни. Время установления диагноза будет косвенно свидетельствовать о морфофункциональном состоянии и компенсации (декомпенсации) пораженной и контралатеральной почки.

Клиническая оценка пациентов с коралловидным нефролитиазом

**Тагиров Н. С., Абумлимов Э. К.**

Елизаветинская больница, Санкт-Петербург

По частоте мочекаменная болезнь занимает первое место среди хирургических заболеваний органов мочеполовой системы [Гаджиев Н. К., 2010]. В связи с этим, представляет интерес анализ клинических и медико-социальных характеристик лиц, страдающих указанной патологией. Под нашим наблюдением находились 374 больных 24–77 лет с диагнозом мочекаменной болезни, коралловидного нефролитиаза, которым выполняли разные методы оперативного лечения в лечебных учреждениях Санкт-Петербурга в период с 2004 по 2010 г. Средний возраст —  $48,6 \pm 1,9$  года, женщин — 253 (67,6 %), мужчин — 121 (32,4 %). Во всех возрастных группах преобладали женщины. Большинство больных (240) находились в наиболее работоспособном возрасте — от 31 до 60 лет, что составило 64,1 % от общего количества больных.

У 173 (46,26 %) пациентов коралловидные камни были диагностированы в правой почке,

у 187 (50,0 %) — в левой почке, у 14 (3,74 %) больных отмечали двусторонний нефролитиаз. 184 пациента (49,19 %) имели камень размером 2,1–2,5 см, 87 больных (23,26 %) — размером 2,6–3,1 см, 67 (17,9 %) — 3,2–3,5 см, а у 36 пациентов (9,62%) камень имел размер 3,6–4,0 см. Большинство больных (295; 78,87 %) были госпитализированы по экстренным показаниям. Причиной этому послужили почечная колика, явления острого или обострение хронического пиелонефрита, пионефроз и гидронефроз на стороне поражения. По длительности заболевания пациенты распределились следующим образом: у 39 (10,42 %) мочекаменная болезнь продолжалась менее года, у 93 (24,86 %) — 1–2 года, у 82 (21,93 %) — 3–5 лет, у 104 (27,84 %) — 6–10 лет, у 17 (4,54 %) — более 10 лет, а у 39 пациентов (10,41 %) длительность заболевания не была установлена. Срок лечения пациентов равнялся в среднем 14 ( $\pm 1,4$ ) дням. Всем пациентам назначали симптоматическую терапию в зависимости от показаний. Всем проводили антибактериальную терапию. Анализ характера использовавшихся методов лечения показал, что у 117 больных (31,28 %) использована чрескожная нефролитотрипсия, у 43 (11,5 %) — открытые операции, у 93 (24,86 %) — дистанционная ударно-волновая литотрипсия в сочетании с чрескожной нефролитотрипсией, у 44 (11,76 %) — открытые операции в сочетании с дистанционной ударно-волновой литотрипсией, 70 (20,58 %) больным была выполнена контактная уретеролитотрипсия.

#### Лечение больных с уролитиазом в сочетании с гипогонадизмом

**Тагиров Н. С., Акимов А. Н.,  
Абумислимов Э. К.**

Елизаветинская больница, Санкт-Петербург

Больные уролитиазом составляют 30–45 % от всего контингента урологических клиник и до 4 % населения Земли. Одним из возможных факторов развития мочекаменной болезни в настоящее время рассматривается дефицит тестостерона (гипогонадизм). Тестостерон не только поддерживает вторичные половые признаки, либидо и потенцию, но и влияет на настроение и умственную активность, эритропоэз, костный метаболизм, синтез белка, мышечную массу и распределение жира в организме. Лишь в последние годы выяснилось, что остеопороз представляет собой важную медицинскую проблему не только у женщин в постменопаузе, но и у

мужчин с андрогенодефицитными состояниями. Изучение возрастного гипогонадизма у больных мужчин с остеопенией и уролитиазом является новым перспективным направлением в урологии, андрологии и эндокринологии. Цель исследования — изучение эффективности и безопасности заместительной терапии андрогенами у больных с гипогонадизмом для профилактики рецидивирования уролитиаза, нормализации содержания тестостерона и костно-кальциевого обмена.

**Материалы и методы.** В исследование вошли пациенты с уролитиазом, проходившие лечение в урологическом отделении Елизаветинской больницы (Санкт-Петербург). Нами были сформированы две группы пациентов в зависимости от проводимого лечения. 1-я группа (основная) — больные, которым выполняли разные оперативные вмешательства для удаления конкремента и проводили заместительную андрогенную терапию из-за сниженного по утрам содержания в сыворотке крови тестостерона (ниже 12,0 нмоль/л). 2-я группа (сравнения) — больные, которым удалили конкременты разными методами, но на фоне выявленного андрогенодефицита заместительную терапию андрогенами не проводили. В каждую группу были включены по 135 человек, которые не отличались по возрасту, индексу массы тела, степени выраженности симптомов гипогонадизма, уровню тестостерона, данным денситометрии.

Всем пациентам выполняли клинический анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, определение ионизированного и общего кальция крови и мочи, определение сывороточного тестостерона, эстрадиола, фолликулостимулирующего гормона (ФСГ), лютеинизирующего гормона (ЛГ), глобулин-связывающего полового гормона (ГСБГ), развернутую липидограмму (холестерин, ЛПВП, ЛПНП, триглицериды), ПСА крови, денситометрию, УЗИ почек, ТРУЗИ простаты. Пациентам 1-й группы начинали вводить в/м препарат тестостерона «Небидо» (Bayer Schering Pharma, Германия) — 1 000 мг тестостерона буциклата — после исключения стандартных противопоказаний: доказанного рака простаты, повышенного ПСА и гемоглобина. Терапию Небидо начинали только после получения письменного согласия от пациента и продолжали не менее одного года. Обследовали больных до проведения лечения и на фоне проводимого лечения.

**Результаты.** На фоне проводимого лечения в основной группе больных были отмечены



положительные результаты по большинству изучаемых параметров. У всех больных нормализовались показатели сывороточного утреннего тестостерона (повышение с 9,46 до 14,76 нмоль/л), уменьшились проявления гипогонадизма (уменьшилась жировая ткань, окружность талии), улучшились показатели минеральной плотности костной ткани по данным денситометрии, нормализовались показатели липидограммы. Рецидив заболевания был отмечен у 12 пациентов. В группе сравнения не было аналогичных изменений на протяжении всего времени обследования больных. Сывороточный тестостерон сохранялся на пониженном уровне (9,32 нмоль/л — до лечения и 9,35 нмоль/л — после лечения), увеличилась окружность талии и масса тела, достоверно ухудшились показатели минеральной плотности костной ткани. Рецидив отмечен у 32 больных.

**Заключение.** Таким образом, учитывая роль гипогонадизма в развитии и прогрессировании уrolитиаза, в нарушении костно-минерального обмена, мужчинам с доказанным понижением содержания тестостерона крови (ниже 12 нмоль/л) необходима заместительная андрогенная терапия.

## Структурные изменения почечной паренхимы при нефролитиазе

**Тагиров Н. С., Назаров Т. Н.**

Елизаветинская больница, Санкт-Петербург

Мочекаменная болезнь (МКБ) является распространенным урологическим заболеванием и встречается более чем у 3–5 % населения земного шара. Отмечается тенденция к увеличению числа больных МКБ. С клинической точки зрения, при динамическом наблюдении за лечебным эффектом важно иметь представление о патоморфологических изменениях, произошедших в почках при МКБ. В связи с этим, созрела необходимость внедрения новых высокоспецифичных и чувствительных методов диагностики повреждения элементов нефрона у больных МКБ. Цель работы — оценка патоморфологических изменений в паренхиме почки на клеточном уровне в зависимости от локализации, формы, количества и минерального состава конкремента.

**Материалы и методы.** Обследованы 107 больных 18–78 лет с МКБ (50 мужчин и 57 женщин). Больные были разделены на пять групп: 1-я — 31 больной с локализацией конкремента в лоханке; 2-я — 23 пациента с локализаци-

ей конкремента в чашечках; 3-я — 20 больных с камнями обеих почек; 4-я — 17 человек с множественными множественными камнями; 5-я — 16 пациентов с коралловидными камнями. В зависимости от минерального состава камня, пациенты были разделены на три группы: с оксалатными камнями — 74 (69 %) человека, с уратными — 26 (24,3 %), с фосфатными — 7 (6,5 %).

**Результаты.** Анализ полученных данных позволяет предположить, что конкременты, состоящие из оксалатных солей, чаще всего локализируются в почечной лоханке и чашечках с частотой в 31 и 27 %, соответственно. С меньшей частотой среди оксалатных камней встречаются множественные множественные и камни обеих почек (16 %), а коралловидные камни диагностированы всего у 9 % больных. Уратные камни чаще обнаруживают в почечных лоханках (27 %). Реже в группе пациентов с уратными камнями встречали множественные множественные, чашечковые и коралловидные камни (3-я, 4-я, 5-я группы) — в 19; 15 и 12 %, соответственно. Фосфатные камни в 71 % случаев имели форму коралловидных камней с односторонней локализацией и лишь в 14 % случаев имели вид одиночного камня обеих почек. Влияние минерального состава на другие варианты локализации камней в полостях почки достоверно не прослеживается (1-я, 2-я, 3-я, 5-я группы). Следующим этапом наших исследований была оценка степени повреждения паренхимы почки при разных локализациях камня в ее полостной системе. Для оценки контактного повреждения почечной паренхимы на клеточном уровне использовали показатель количественного определения активности ферментов мочи. Анализ полученных данных показал повышение фермента ЛДГ при коралловидном нефролитиазе в сравнении со всеми другими локализациями. Также отмечено достоверное увеличение в моче фермента ЛДГ-1 при камнях, локализованных в лоханке, в сравнении с множественными множественными камнями. Концентрация щелочной фосфатазы достоверно увеличивалась при камнях в лоханке ( $p \leq 0,05$ ). При всех изученных локализациях камней амилаза присутствовала в моче пациентов в значениях, равных норме, кроме больных с коралловидным нефролитиазом.

**Выводы.** Отмечены достоверные различия в частоте встречаемости фосфатных камней при коралловидном нефролитиазе по сравнению с коралловидными оксалатными и уратными

камнями. Достоверных различий по солево-му составу камней иных локализаций в полостях почки не отмечено. Изменение количества энзимов в моче, а значит и степень патофизиологических изменений в почке, зависит не от солевого состава камня, а от его расположения в полостях почки.

## Синдром хронической тазовой боли в урогинекологии

**Шелковникова Н. В., Неймарк А. И.**

Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул

По современным данным, 25% интерстициального цистита может быть представлено в виде гинекологической патологии (тазовыми болями). Отмечено, что в среднем 90% женщин с эндометриозом в той или иной степени страдают интерстициальным циститом. Нередко такое сочетание называют «чертова двойня». Вместе с тем, гинекологи часто не верят, что мочевого пузырь может являться источником тазовых болей, поэтому не назначают больным цистоскопию. В свою очередь, урологи зачастую не прибегают к выполнению УЗИ гениталий и последующей консультации гинеколога при кажущихся очевидных расстройствах мочеиспускания у молодых женщин.

Цель исследования — обоснование применения комбинированных диагностических и лечебных технологий в одномоментной коррекции хронического цистита и внутреннего эндометриоза для повышения эффективности лечения синдрома хронической тазовой боли у женщин.

**Материалы и методы.** Исследовали 60 женщин с хроническим болевым синдромом в низу живота, находившихся на лечении в гинекологическом отделении. Пациентки связывали боли с изменениями, обнаруженными по УЗИ гениталий: внутренний эндометриоз. Симптомы нарушения мочеиспускания у пациенток находились далеко не на первом месте, и очень часто они, свыкшись с учащенным и дискомфортным мочеиспусканием, не обращали на это внимание доктора и не придавали этому значение. Порой, единственной жалобой являлась боль. При бимануальном влагалищном исследовании малого таза у всех пациенток обнаружена выраженная болезненность не только в проекции матки и придатков, но и очень четко пальпировался болезненный мочевой пузырь. Пациентки при влагалищном осмотре мочевого пузыря отмечали болезненность в области уретры.

Учитывая обнаруженные изменения, пациентки были подвергнуты комплексному урогинекологическому исследованию органов малого таза: забор мазков на ИППП из уретры, влагалища и цервикального канала, УЗИ органов малого таза с ЦДК, гистероскопия, цистоскопия, уродинамическое исследование, урофлоуметрия, цистоманометрия, ЛДФ матки и мочевого пузыря.

**Результаты.** Результаты визуального осмотра полости матки и мочевого пузыря при гистероскопии и цистоскопии, а затем последующие результаты гистологического исследования слизистой оболочки матки, цервикального канала и мочевого пузыря подтвердили данные хронического воспалительного процесса в органах мочеполовой системы. Результаты УЗИ с ЦДК в 60% случаев выявили признаки наружного и внутреннего генитального эндометриоза I–II стадии. Пациенткам проведен курс противовоспалительной терапии с акцентом на местное медикаментозное рассасывающее и физиотерапевтическое лечение, вагинальная терапия, внутривезикулярные инстилляции, курс таргетной терапии комбинацией препаратов. Контроль излеченности в виде купирования болевого синдрома, визуальных и гистологических изменений слизистой оболочки мочевого пузыря и матки, улучшение показателей комплексного уродинамического исследования, уменьшение размеров и количества очагов эндометриоза при УЗИ после однократного комплексного лечения составил 73% от общего числа пролеченных больных.

**Выводы.** Таким образом, выявлено, что одним из основных факторов возникновения синдрома хронической тазовой боли у женщин является часто рецидивирующие воспалительные заболевания мочевого пузыря, хронический цистит с явлениями пролиферации на фоне генитального эндометриоза. Своевременное и одномоментное лечение мочевого пузыря и гениталий позволяет предотвратить формирование синдрома хронической тазовой боли у женщин с сочетанной урогенитальной патологией.

## Лечебно-диагностическая тактика при болезни Пейрони

**Шестаев А. Ю., Куширенко Н. П.,  
Рассветаев А. В., Синельников Л. М.,  
Харитонов Н. Н., Кормаков В. А.**

Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова, Санкт-Петербург

В основе *induratio penis plastica* — болезни Пейрони (БП) лежит фибропластическая

индурация белочной оболочки полового члена. Выраженное искривление полового члена, эректильная дисфункция и недостаточная эффективность консервативной терапии при БП являются основанием для углубленного обследования и хирургического лечения.

**Материалы и методы.** Наблюдали 28 пациентов 33–60 лет, оперированных по поводу БП, с давностью заболевания от 12 до 32 мес. В 19 случаях БП осложнилась нарушением эрекции. Консервативное лечение БП не устранило искривление полового члена и существенно не улучшило качество половой жизни. Обследование включало пальпаторное и ультразвуковое исследование пещеристых тел, оценку эректильного искривления при вакуумной и интракавернозной фармакологической стимуляции эрекции у всех больных, МРТ полового члена — у 6. Для оценки эректильной дисфункции применяли анкету МИЭФ, фармакодоплерографию (ФДГ) и фармакокавернозографию (ФКГ). В 12 случаях были выявлены одиночные и в 16 — множественные фибропластические бляшки. Дорсальное искривление полового члена имело место у 18 пациентов, боковое — у 4, сочетанное — у 6. Оно составило 30° в 4 случаях, 31–45° — в 10 и 46–90° — в 14. Наличие бляшек было подтверждено ультразвуковым методом в 25 случаях. В сложных для УЗИ шести случаях бляшки четко определялись при МРТ полового члена. Согласно анкеты МИЭФ, легкая степень эректильной дисфункции (17–25 баллов) установлена у 7 пациентов, средней (11–16 баллов) — у 6, тяжелой (1–10 баллов) — у 6. Максимальная систолическая скорость кровотока была снижена у 14 больных БП. Венозную утечку из пещеристых тел наблюдали у 8 пациентов. При этом в пяти случаях была выявлена сочетанная артериовенозная недостаточность.

**Результаты.** Хирургическое вмешательство считали показанным при искривлении полового члена 30° и более, если оно вызывало дискомфорт у партнеров и стрессовое состояние у мужчины. При достаточной длине полового члена и ненарушенной эрекции в 9 случаях деформацию устраняли пликацией белочной оболочки с противоположной стороны. При укорочении полового члена и ненарушенной эрекции рассекали бляшку и закрывали дефект лоскутом вены у 3 пациентов и пельвиколью — у 4. В случаях сочетания искривления полового члена и эректильной дисфункции средней и тяжелой степени имплантировали полуригидные

фаллопротезы в 8 случаях и трехкомпонентные надувные — в 4. Решение о фаллопротезировании принимали в тех наблюдениях эректильной дисфункции, когда по данным МИЭФ эректильный домен был менее 16 баллов, пиковая систолическая скорость кровотока при ФДГ — менее 30 см/с, а при ФКГ определяли венозную утечку. В отдаленном периоде от 1 до 5 лет 24 пациента были удовлетворены достигнутым выпрямлением полового члена и качеством половой жизни, 4 улучшали ослабленную эрекцию приемом ингибиторов ФДЭ-5.

**Заключение.** Таким образом, хирургическое лечение пациентов, страдающих болезнью Пейрони со значительным искривлением полового члена, является более эффективным по сравнению с консервативной терапией. При отсутствии эректильной дисфункции эректильная деформация устраняется при помощи пликаций или корпоропластики. Выраженное искривление полового члена и нарушение эрекции при болезни Пейрони являются показаниями для интракавернозного фаллопротезирования.

#### Эректильная дисфункция вследствие повреждения полового члена

*Шестаев А. Ю., Кушниренко Н. П., Рассветаев А. В., Синельников Л. М., Харитонов Н. Н., Кушниренко К. Н., Михайлов С. Л.*

Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова, Санкт-Петербург

Под наблюдением находились 16 мужчин с эректильной дисфункцией, развившейся вследствие повреждения полового члена. В соответствии с возрастом, выделены следующие группы пациентов: 19–30 лет — 4 человека, 31–40 лет — 7, 41–47 лет — 5. В 14 случаях повреждения полового члена имели закрытый характер и возникли в результате его перелома во время полового сношения у 10 пациентов и нанесения сильного удара по нему — у 4. У 2 больных имело место ранение полового члена ножом. Хирургическое вмешательство непосредственно после травмы полового члена было осуществлено у 7 пострадавших мужчин и заключалось в опорожнении подкожных гематом и ушивании дефекта поврежденной белочной оболочки пещеристых тел. Остальные пациенты лечились консервативно. У всех пациентов имело место расстройство эрекции, заключавшееся в полном отсутствии ригидности полового члена в 9 наблюдениях и частичном ослаблении ее — в 7. У 12 пациентов определяли отчетливое локаль-

ное уплотнение пещеристых тел, 6 из них отмечали искривление полового члена при его неполной ригидности в пределах 10–25°.

Обследование пациентов включало вакуумную и фармакологическую стимуляцию эрекции, доплерографическое исследование пенильного кровотока, определение латентного времени БКР, фармакокавернозо- и спонгиозографию, что позволило определить у них органический характер возникшей эректильной дисфункции и установить ее некоторые особенности. Так, при вакуумном и фармакологическом индуцировании ригидности полового члена были выявлены его посттравматическое искривление у 6 пациентов и неравномерное заполнение пещеристых тел — у 4 из них. При этом фармакологическая эрекция возникала после интракавернозного введения повышенных доз папаверина или альпростадилла. У 7 пациентов, перенесших наиболее тяжелую травму полового члена и последующее хирургическое вмешательство, были выявлены уменьшение кровотока в кавернозных артериях и нарушение соматической иннервации полового члена в виде увеличения латентного времени БКР до 47–58 мс. При фармакокавернозографии были обнаружены дефекты наполнения за счет посттравматического фиброза у 16 больных, а также патологическое венозное дренирование по естественной венозной системе — у 8 пациентов и новообразованным кавернозо-спонгиозным шунтам — у 3. 9 больным с полной эректильной дисфункцией было выполнено успешное фаллопротезирование. При гистологическом исследовании у них выявили фиброз пещеристых тел. У одного молодого пациента с неполной ригидностью полового члена было достигнуто некоторое улучшение эрекции путем лигирования вен дистальной части пещеристых тел. Остальные пациенты усиливали эрекцию при помощи периодических интракавернозных инъекций вазоактивных веществ (3), путем приема 50–75 мг силденафила (2) и вакуумно-констрикторной стимуляции (1).

Таким образом, причинами эректильной дисфункции у мужчин, перенесших травму полового члена, являются фиброзное изменение пещеристых тел, нарушение их иннервации, расстройство артериальной и венозной гемодинамики. Лечебные подходы следует определять в соответствии с тяжестью патологии и пожеланиями пациентов. Фаллопротезирование является методом выбора лечения в наиболее тяжелых случаях посттравматической эректильной дисфункции.

Аугментация уретры буккальным лоскутом

**Шестаев А. Ю., Синельников Л. М., Янцев А. А., Михайлов С. Л., Рассветаев А. В., Харитонов Н. Н., Протоцак В. В., Кушниренко Н. П.**

Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова, Санкт-Петербург

Пересадка свободных лоскутов слизистой оболочки щеки в уретру сегодня является наиболее обсуждаемым методом коррекции протяженных стриктур мочеиспускательного канала.

**Материалы и методы.** С 2002 по 2013 г. одноэтапная заместительная уретропластика с применением слизистой оболочки щеки была выполнена 152 больным (средний возраст — 53,5±3,4 года) со стриктурами передней уретры протяженностью свыше 1,5 см. Пациентам выполняли аугментацию уретры с использованием дорзальной и вентральной фиксации лоскута. Чаще всего наблюдали стриктуры ятрогенной этиологии (48,8%), воспалительные стриктуры (19,7%), идиопатические (15,1%), травматические (6,9%), лихенсклероз (4,1%). Средняя протяженность стриктуры составила 5,3±0,3 см. Средняя продолжительность наблюдения — 43,9±4,8 мес.

**Результаты.** Частота возникновения рецидива и эректильной дисфункции при выполнении вентральной и дорзальной аугментации уретры была сопоставима (таблица). Из 16 больных с рецидивами девяти выполнена внутренняя оптическая уретротомия, из них у 2 — с кратковременным эффектом. Девяти больным сделана повторная уретропластика.

Осложнение	Аугментация уретры буккальным лоскутом, n=152	
	вентральная фиксация лоскута, n=84	дорзальная фиксация лоскута, n=68
Рецидив	Общее количество рецидивов — 16 (10,5%)	
	10 (11,9%)	6 (8,8%)
Свищ	0	0
Дивертикул уретры	1 (1,2%)	0
Эректильная дисфункция	7 (8,3%)	6 (8,8%)
Все осложнения	18 (21,4%)	12 (17,6%)
	30 (19,7%)	

Образование свища уретры не выявлено ни у одного больного. Стоит отметить, что это осложнение встречалось нам только при применении перемещенных лоскутов и выполнении двухэтапных операций. Дивертикул уретры был выявлен у одного больного с вентральной

фиксацией лоскута и оперативного лечения не требовал.

**Выводы.** Аугментация уретры буккальным лоскутом является высокоэффективным (89,5 %) и надежным методом лечения протяженных стриктур передней уретры.

## Календарный план мероприятий непрерывного повышения квалификации медицинских работников на 2013 г.

Главное медицинское управление Управления делами президента Российской Федерации

### II полугодие

26 ноября

*Ежегодная конференция*

**«Рациональные подходы к ведению больных  
с инфекциями верхних и нижних дыхательных путей»**

Руководители: проф. **А. И. Синопальников**, заведующий кафедрой пульмонологии ГБОУ ДПО «РМАПО» МЗ РФ; проф. **А. Ю. Овчинников**, заведующий кафедрой оториноларингологии ФПДО ГБОУ ВПО «МГМСУ им. А. И. Евдокимова» МЗ РФ; проф. **Р. С. Козлов**, директор НИИ антимикробной химиотерапии СГМА, президент МАКМАХ. Место проведения: здание правительства Москвы, ул. Новый Арбат, д. 36/9.

16–17 декабря

*Научно-практическая конференция Содружества независимых государств*

**«Актуальные вопросы эндокринологии в современном мире»**

Президенты конференции: **И. И. Дедов, И. А. Егорова**. Президиум конференции: **Г. А. Мельниченко, А. М. Мкртумян, Л. М. Печатников, Л. Э. Слуцкий, М. В. Шестакова, О. О. Янушкевич**. Место проведения: Event Холл «ИнфоПространство», Москва, 1-й Зачатьевский пер., д. 4. Организационная поддержка: Информационно-выставочная компания ООО «МедЗнания» +7(495) 614-40-61, 614-43-63; medicinet@mail.ru. Подробная информация о конференции на сайте [www.medq.ru](http://www.medq.ru).