

Таблица

Характеристика пациентов до и после выполнения трансуретральной биполярной энуклеации предстательной железы

Показатель	До операции	После операции (6 мес.)
IPSS, баллы	23,4 ± 4,93	6,3 ± 1,5
QoL, баллы	4,57 ± 0,67	1,95 ± 0,6
Q <sub>max</sub> , мл/с	6,6 ± 1,7	20,1 ± 3,9
ООМ, мл	152 ± 91	15,1 ± 4,8

«Городская Александровская больница» в период с декабря 2017 по сентябрь 2018 г. Средний возраст пациентов составил  $68,2 \pm 5,1$  года. Объем предстательной железы перед операцией составил  $100,8 \pm 41,2$  см<sup>3</sup>. Через 6 месяцев после операции проводили оценку показателей IPSS, QoL, урофлоуметрии с обязательным измерением уровня объема остаточной мочи. При проведении исследования учитывали длительность операции, время дренирования мочевых путей уретральным катетером, срок нахождения пациента в стационаре, а также интра- и послеоперационные осложнения.

**Результаты.** Время оперативного вмешательства от введения резектоскопа с инструментом до установки уретрального катетера составило  $79,1 \pm 3,1$  мин. До операции и через 2 дня после нее осуществляли контроль показателей гемоглобина: до операции —  $142,9 \pm 12,9$  г/л, после операции —  $132,2 \pm 15,8$  г/л. Ни одному из про-

оперированных пациентов не понадобилась гемотрансфузия в послеоперационном периоде. Время нахождения уретрального катетера составило  $67,8 \pm 34$  ч (2–3 дня). Количество проведенных койко-дней в стационаре составило  $8,3 \pm 3,3$  дня. Среди возникших осложнений на послеоперационном этапе отмечены острая задержка мочи — у 2 (3 %) и инфекционно-воспалительные (острый пиелонефрит) — также у 2 (3 %) пациентов, которые были разрешены в условиях стационара. После удаления уретрального катетера временное недержание мочи было у 6 (9,2 %) больных. В отдаленном послеоперационном периоде (6 месяцев) стойкое недержание мочи оставалось у 1 пациента. У 1 (1,5 %) больного сформировалась стриктура мембранозного отдела уретры.

**Выводы.** В результате исследования установлено, что ТУЭБ является эффективным и безопасным методом лечения ДГПЖ с минимальным количеством осложнений у пожилых пациентов.

## ТЕСТИКУЛЯРНЫЙ МИКРОЛИТИАЗ ПРИ МУЖСКОМ БЕСПЛОДИИ

© И.А. Корнеев<sup>1, 2</sup>, Р.Д. Зассеев<sup>2</sup>, К.В. Шабудов<sup>1</sup>, А.А. Гринина<sup>1</sup>, А.А. Алоян<sup>1</sup>

<sup>1</sup> ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава РФ (Санкт-Петербург);

<sup>2</sup> АО «Международный центр репродуктивной медицины» (Санкт-Петербург)

**Введение.** Тестикулярный микролитиаз (ТМ) у бесплодных мужчин может быть признаком карциномы *in situ* яичка. Данные о его распространенности противоречивы, не существует общепризнанного алгоритма диагностики и лечения.

**Цель** — изучить распространенность и предложить алгоритм диагностики и лечения бесплодных мужчин с ТМ.

**Материалы и методы.** Сделан ретроспективный анализ материалов клинического обследования 143 мужчин в возрасте от 19 до 73 лет (средний возраст —  $34 \pm 7,8$  года), обратившихся в Международный центр репродуктивной медицины (МЦРМ) по поводу бесплодия в браке. Всем пациентам проводили обследование со-

гласно клиническим рекомендациям Российского общества урологов: в дополнение к сбору анамнеза и физикальному обследованию выполняли спермограмму с учетом требований ВОЗ (2010), проводили анализ уровней ФСГ и тестостерона крови, а также УЗИ органов мошонки. В зависимости от полученных результатов планировали дальнейшие диагностические и лечебные мероприятия.

**Результаты.** Обращение в специализированный центр происходило в среднем через  $3,3 \pm 3,2$  года после начала попыток зачатия. Девять (6,3 %) пациентов ранее перенесли оперативные вмешательства по поводу крипторхизма. Азооспермия, олигозооспермия, астенозооспермия и тератозоо-

спермия были обнаружены у 28 (19,6 %), 44 (30,8 %), 42 (29,4 %) и 70 (49 %) мужчин соответственно. У 13 (9,1 %) пациентов диагностирован гипергонадотропный гипогонадизм. По данным ультразвукового исследования органов мошонки объем яичек варьировал от 0,1 до 33,4 см<sup>3</sup> и в среднем составил  $12,3 \pm 5,8$  см<sup>3</sup>. ТМ обнаружен у 9 (6,3 %) мужчин в виде единичных или множественных гиперэхогенных очагов размером около 1 мм без акустических теней. У одного пациента с двусторонним тестикулярным микролитиазом были выявлены УЗ-признаки новообразования левого

яичка. Всем пациентам с ТМ даны рекомендации по обследованию и динамическому наблюдению, при гистопатологическом исследовании удаленного новообразования диагностирована смешанная опухоль — семинома и зрелая тератома яичка. Предложен алгоритм диагностики и лечения бесплодных мужчин с ТМ.

**Выводы.** ТМ распространен у бесплодных мужчин и должен быть рассмотрен как фактор риска развития злокачественных новообразований яичка. В связи с этим бесплодным мужчинам показано выполнение УЗИ органов мошонки.

## ВОЗМОЖНОСТИ ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПРИ МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ВЕРИФИКАЦИИ БОЛЕЗНЕЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

© Ю.В. Корниенко, С.Х. Аль-Шукри, М.Г. Рыбакова, С.Ю. Боровец, А.В. Ботина, М.А. Рыбалов

ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава РФ (Санкт-Петербург)

**Введение.** Несмотря на улучшение материально-технической базы лечебных учреждений, внедрение ряда скрининговых программ и новых лабораторных диагностических маркеров, более половины случаев рака предстательной железы (РПЖ) выявляют только на III–IV стадиях. С другой стороны, остается актуальной проблема гипердиагностики клинически незначимых случаев РПЖ, что приводит к повышению числа «ненужных» биопсий предстательной железы, в результате которых нередко выявляют доброкачественную гиперплазию предстательной железы (ДГПЖ) или простатическую интраэпителиальную неоплазию (ПИН). В ряде случаев с целью уточнения диагноза и подтверждения наличия атипичных клеток в биоптатах предстательной железы прибегают к иммуногистохимическим исследованиям (ИГХ) с определением экспрессии рацемазы, высокомолекулярных цитокератинов, p63 и др. Высокая стоимость данных исследований обусловлена необходимостью приобретения дорогостоящих реактивов, что затрудняет использование данного высокоточного метода диагностики в рутинной клинической практике.

**Цель исследования** — изучить результаты ИГХ-исследований при морфологической верификации болезней предстательной железы — РПЖ, ДГПЖ и ПИН.

**Пациенты и методы.** Проанализированы результаты ИГХ-исследований биоптатов предстательной железы 43 пациентов в возрасте от 57 до 85 лет (средний возраст  $65,72 \pm 7,25$  года), которым выполняли мультифокальную биопсию в клинике урологии ПСПбГМУ им. И.П. Павлова в 2015–2018 гг. Показанием к биопсии у всех больных явилось подозрение на РПЖ, на что указывали повышенный уровень общего ПСА в плазме крови у 41 из 43 (95 %) пациентов, наличие гипозоногенных очагов в ткани предстательной железы при трансректальном ультразвуковом исследовании — у 2 из 43 (5 %) пациентов.

**Результаты.** В связи с сомнительными результатами гистопатоморфологического исследования биоптатов всем отобранным пациентам ( $n = 43$ ) были дополнительно выполнены ИГХ-исследования биоптатов предстательной железы, в результате которых только у 21 из 43 (49 %) больных в биопсийном материале было подтверждено наличие РПЖ; у 10 из 43 (23 %) — выявлены признаки ПИН; у остальных 12 из 43 (28 %) — признаки ДГПЖ. Таким образом, практически у половины больных по результатам ИГХ-исследований диагноз РПЖ не был подтвержден.

### Выводы

1. Использование ИГХ при сомнительных результатах морфологического исследования биоптатов простаты позволяет в два раза повысить точность диагностики РПЖ.