

обследования 74 больных (52 женщины и 22 мужчины), средний возраст 45 лет, поступившие в отделение урологии СПбГБУЗ «Городская Александровская больница» с выраженным болевым синдромом и с симптоматикой обструктивного пиелонефрита различной степени тяжести. Все наблюдаемые пациенты страдали мочекаменной болезнью, а обструкция мочевых путей была вызвана конкрементами мочеточника.

Содержание цитокинов в моче определяли с использованием наборов реагентов ТОО «Цитокин» (Санкт-Петербург), измерение уровня цитокинов проводили методом твердофазного иммуноферментного анализа с помощью двойных антител. Экстинкцию образцов осуществляли спектрометрически при длине волны 450 нм. В контрольную группу включены 15 человек без урологической патологии. Объем мочи, взятой через катетер из мочеточника или мочевого пузыря и необходимой для проведения лабораторного анализа, составлял 2–3 мл.

**Результаты и их обсуждение.** Полученные данные позволили по соотношению уровня провоспалительных цитокинов в моче из мочевого пузыря и в моче из мочеточника со стороны пораженной почки определить степень тяжести воспалительного процесса и уточнить его локализацию.

В моче, взятой из мочеточника пораженной почки, содержание IL-8 был достоверно выше по сравнению с содержанием IL-8 в моче из мочевого пузыря. При этом уровень данного цитокина был наибольшим при тяжелой степени инфекционного-воспалительного процесса при обструктивном пиелонефрите. Содержание IL-8 в моче,

взятой через катетер из мочеточника со стороны поражения, при легкой степени тяжести обструктивного пиелонефрита составило  $135 \pm 4,7$  пкг/мл, при средней степени тяжести —  $278 \pm 37$  пкг/мл и при тяжелой степени —  $1890 \pm 250$  пкг/мл. Уровень IL-8 в моче из пораженной почки был выше уровня IL-8 в моче из мочевого пузыря при легкой степени тяжести пиелонефрита в 2,7, при средней степени — в 3,3 раза и при тяжелой степени — в 30 раз. Различие в содержании уровня цитокинов в моче из мочеточника пораженной почки и из мочевого пузыря объясняется тем, что моча из «здоровой» почки, при условии ее нормального функционирования, в мочевом пузыре «разбавляет» цитокины из пораженной почки.

На основании результатов исследования разработана и представлена методика, позволяющая определить степень тяжести активной фазы воспалительного процесса в почках (патент на изобретение № 2615353 от 24 февраля 2016 г.).

#### **Выводы**

1. Определение уровня провоспалительных цитокинов в моче из пораженной почки через мочеточник и в моче из мочевого пузыря дает возможность определить степень тяжести воспалительного процесса в почке и уточнить локализацию воспалительного процесса в мочевой системе (односторонний или двусторонний воспалительный процесс в почках).
2. Достоверно высокий уровень IL-8 в моче, полученной через мочеточниковый катетер со стороны поражения, при низком уровне IL-8 в мочевом пузыре указывает на односторонний воспалительный процесс в почках.

## **ЗНАЧЕНИЕ МУЛЬТИФОКАЛЬНОЙ БИОПСИИ В ДИАГНОСТИКЕ ПОРАЖЕНИЙ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ**

© *Н.Н. Парпиева, Д.К. Абдурахмонов, М.А. Хакимов, Ш.М. Халилов, С.К. Алижонов*

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр фтизиатрии и пульмонологии Минздрава Республики Узбекистан (Ташкент, Республика Узбекистан)

Диагностика поражений мочевого пузыря зачастую основывается на результатах патоморфологического исследования. Эндоскопический метод, дополненный биопсией, является ведущим в диагностике заболеваний мочевого пузыря. Наиболее информативна мультифокальная биопсия, когда исследуется материал, взятый не только из язвы и прилежащих тканей, но и со всех стенок мочевого пузыря и мочеиспускательного канала. Биопсия мочевого пузыря играет определяющую роль в дифференциальной диагностике поражений органа со

схожей симптоматикой — карцинома *in situ*, лейкоплакия, малакоплакия, различные формы циститов, туберкулез мочевого пузыря — и требует исследования материала, взятого из нескольких фокусов. В этой связи диагностика поражений мочевого пузыря требует дальнейшего совершенствования.

**Цель работы** — изучить патоморфологические признаки различных поражений мочевого пузыря.

**Материал и методы исследования.** В урогенитальном отделении клиники РСНПМЦФиП МЗ РУз комплексному клиничко-лабораторному

обследованию подвергнуты 194 пациента с патологиями мочевыделительной системы. Среди этой категории пациентов поражение мочевого пузыря установлено у 93 (47,9 %) больных.

**Результаты.** При подозрении на изменения слизистой оболочки мочевого пузыря большое диагностическое значение приобретает цистоскопия. Интерпретация найденных при цистоскопии изменений не всегда проста, поскольку макроскопическая картина некоторых патологических процессов в мочевом пузыре весьма схожа. Так, например, трудно отличить простую язву мочевого пузыря от туберкулезной, туберкулезные грануляции от опухолевых разрастаний. В таких случаях существенную помощь в дифференциальной диагностике оказывает эндовезикальная биопсия.

Применение мультифокальной биопсии у 93 пациентов способствовало выявлению у 67 (72,0 %) из них туберкулеза мочевого пузыря, у 17 (18,3 %) — рака мочевого пузыря, у 9 (9,7 %) — полипа мочевого пузыря. Среди больных установлены следующие

варианты развития туберкулеза мочевого пузыря: туберкулезный цистит (продуктивное воспаление, просовидные высыпания, окруженные зоной гиперемии) выявили у 17 (25,4 %), туберкулезный язвенный цистит (образование язв с неровными, подрытыми краями, окруженных зоной гиперемии с нечеткими контурами) — у 36 (53,7 %), туберкулезный микроцистит (сморщивание мочевого пузыря) — у 14 (20,9 %) больных.

**Заключение.** Диагностика поражений мочевого пузыря — трудоемкий и длительный процесс, требующий тщательной работы с пациентом в специализированном учреждении. Дифференциальная диагностика поражений мочевого пузыря предполагает проведение клинико-лабораторных обследований и инструментальных обследований (цистоскопия с биопсией мочевого пузыря). При поражении мочевого пузыря цистоскопия с биопсией может быть с успехом использована в комплексном обследовании пациентов с подозрением на специфический процесс.

## НЕМЕДИКАМЕНТОЗНАЯ КОРРЕКЦИЯ ПРОСТАТИЧЕСКОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПОСЛЕ МУЛЬТИФОКАЛЬНОЙ БИОПСИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

© *В.В. Петрова, С.Ю. Коняшкина, А.Г. Борискин, В.Д. Яковлев, Р.Э. Амдий*

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

**Введение.** Несмотря на развитие методов визуализации структуры предстательной железы с использованием шкал оценки степени возможной злокачественности подозрительных участков и внедрение калькуляторов риска рака простаты на основе МРТ, определения онкомаркеров и с учетом других прогностических признаков, биопсия предстательной железы остается наиболее точным, клинически и юридически обоснованным методом установки диагноза. Обострение хронического простатита является одним из возможных осложнений мультифокальной биопсии простаты (МБП). Стандартное лечение включает назначение антибактериальных и противовоспалительных препаратов. Однако часть пациентов спустя 6 месяцев после проведенной процедуры предъявляет жалобы на боль в области промежности на фоне отсутствия воспалительных и инфекционных изменений при микроскопическом и микробиологическом исследовании. Простатический болевой синдром (ПБС) определяют как хроническую или рецидивирующую эпизодическую боль, которая всегда появляется при пальпации предстательной железы.

**Целью** настоящего исследования явилась оценка эффективности акупунктуры у больных с ПБС, развившимся после выполнения МБП.

**Материалы и методы.** Произведено анкетирование 536 пациентов, перенесших МБП трансректальным доступом в период с января 2013 по август 2018 г. После обследования и исключения инфекционных и воспалительных причин боли выделено 25 человек, утвердительно ответивших на вопрос 1А (боль или дискомфорт в промежности) домена I «Боль или дискомфорт» опросника NIH-CPSI, стандартно используемого для выявления простатического болевого синдрома. Средний балл домена I составил 8,2 (95 % CI 3,1–14,8), средний балл домена II «Мочеиспускание», домена III «Влияние симптомов на Вашу жизнь» и домена IV «Качество жизни» составил соответственно 5,4 (95 % CI 2,3–9,5), 4,7 (95 % CI 1,5–4,8), 5,2 (95 % CI 2,7–5,8).

Критериями включения в исследование были простатический болевой синдром продолжительностью более 6 месяцев, интенсивность боли по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) 1–7 баллов,