

**Результаты.** Значение степени ФДНКС составило от 1 до 55 % (в среднем  $18,99 \pm 16,8$  %), MAR-теста — от 0 до 99 % (в среднем  $16,48 \pm 31,64$  %). Повышение ФДНКС имело место у 13 из 25 (52 %) больных. При этом патологическую ФДНКС диагностировали у 6 из 14 (43 %) больных при нормозооспермии, и у 7 из 11 (63 %) — при патозооспермии ( $\chi^2 = 1,06$ ;  $p < 0,3$ ); таким образом, частота встречаемости повышенной ФДНКС достоверно не отличалась у пациентов с нормо- и патозооспермией.

Выявили корреляцию между степенью ФДНКС и значением MAR-теста ( $r = 0,8$ ;

$p < 0,05$ ). При этом повышенное значение ФДНКС отмечали у 7 из 13 (53 %) больных при нормальном MAR-тесте и у 2 из 5 (40 %) — при патологическом ( $\chi^2 = 0,67$ ;  $p < 0,01$ ).

**Выводы.** 1. Повышение степени ФДНКС чаще выявляют при повышенных значениях MAR-теста.

2. Повышение ФДНКС возможно как при пато-, так и при нормозооспермии, что говорит о необходимости определения ФДНКС всем мужчинам, проходящим обследование на фертильность.

## РОЛЬ УРЕТРАЛЬНОГО КАТЕТЕРА В РАЗВИТИИ КАТЕТЕР-АССОЦИИРОВАННОЙ ИНФЕКЦИИ

© *А.О. Васильев, А.В. Говоров, Д.Ю. Пушкарь*

ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» МЗ РФ (г. Москва)

**Введение.** В большинстве случаев возбудителями катетер-ассоциированной инфекции мочевыводящих путей (КАИМП) являются представители собственной кишечной флоры пациента. После установки уретрального катетера на его наружной и внутренней поверхностях формируется биопленка, повышающая адгезивную способность микроорганизмов на поверхности и приводящая к увеличению колонизации бактерий. Продолжительная по длительности катетеризация повышает риск развития КАИМП. Разработанная на кафедре урологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова новая модель уретрального катетера способна снизить риск образования биопленки за счет возможности контролируемого орошения слизистой мочеиспускательного канала раствором антисептика. Проведенные ранее собственные исследования по первичной оценке эффективности разработанной новой модели уретрального катетера показали хорошую ее переносимость. В данной работе нами проведен сравнительный анализ уретральных катетеров с целью поиска эффективных мер борьбы с КАИМП.

**Материалы и методы.** В исследование было включено 50 пациентов, которым был установ-

лен стандартный 2-ходовой катетер ( $n = 20$ ), 2-ходовой катетер с покрытием серебра ( $n = 15$ ) или 2-ходовой катетер (новая модель) с возможностью контролируемого орошения слизистой оболочки мочеиспускательного канала раствором антисептика (0,05 % водный раствор хлоргексидина биглюконата) ( $n = 15$ ). Материал для уретрального катетера во всех трех случаях был 100 % силикон. В 25 случаях уретральный катетер был установлен в связи с острой задержкой мочи (ОЗМ) на фоне гиперплазии предстательной железы, у 10 пациентов с целью контроля за диурезом, у 15 — после эндоскопических операций (контактная литотрипсия (КЛТ), трансуретральная резекция мочевого пузыря или предстательной железы, коррекция зоны везикоуретрального анастомоза). Средний возраст пациентов был  $\geq 46$  (32–75) лет.

**Результаты.** Средний срок нахождения уретрального катетера в группах исследованных больных составил 5 дней. После удаления уретрального катетера у 44 пациентов восстановлено самостоятельное мочеиспускание, в группе больных с ОЗМ 6 пациентам, учитывая клинику-анамнестическую картину, выполнена троакарная цистостомия (в после-

дующем 6 пациентам была выполнена трансуретральная резекция предстательной железы). Статистически значимой разницы в группах больных с восстановленным мочеиспусканием не выявлено. Также не было выявлено наличие связи между эффективностью применяемых катетеров и наличием факторов риска развития КАИМП. Длительное нахождение уретрального катетера ( $\geq 5$  дней) было связано с увеличением скорости развития симптоматической КАИМП: лихорадка  $> 38^\circ\text{C}$  ( $n = 2$ ), боль и дизурические явления после удаления уретрального катетера ( $n = 8$ ) во всех трех группах, однако разница была статистически не достоверна:  $p = 0,83$  и  $p = 0,19$  для первой и второй групп соответственно. В третьей группе больных дизурических явлений после удаления уретрального катетера отмечено не было ( $p = 0,001$ ). Во 2-й и 3-й группах была отмечена более низкая скорость бактериурии ( $p = 0,001$ ). Исследование микробиологического посева мочи в группе больных с длительной ( $\geq 5$  дней) катетеризацией мочевого пузыря показало наличие *E. coli*  $\geq 10^3$  КОЕ/мл. Развитие симптоматической КАИМП потребовало про-

ведения системной антибактериальной терапии, учитывая спектр чувствительности.

**Заключение.** Количество исследованных нами пациентов невелико, а полученные результаты в большей степени статистически недостоверны, но тем не менее уже сейчас можно отметить, что применение новой модели уретрального катетера в перспективе позволит сократить процент внутрибольничной инфекции, снизить послеоперационный койко-день и, как следствие, уменьшить экономические затраты. Дизурические явления, развитие которых происходило на фоне симптоматической КАИМП, носили менее выраженный оттенок во 2-й и 3-й группах, что, возможно, связано с антибактериальным и противовоспалительным действием серебра, а также механическим удалением бактериальных частиц путем орошения слизистой уретры. Полученные предварительные данные показали эффективность новой модели уретрального катетера в группе больных, у которых дренирование мочевого пузыря было  $\geq 5$  дней.

*Работа выполнена при поддержке РНФ, соглашение № 16-15-00233.*

## ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД РОБОТ-АССИСТИРОВАННОЙ РАДИКАЛЬНОЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ: ТЕЧЕНИЕ И ФАКТОРЫ ПРОГНОЗА

© *А.О. Васильев, А.В. Говоров, П.И. Раснер, С.О. Сухих, Д.В. Котенко, А.А. Ширяев, Д.Ю. Пушкарь*

ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» МЗ РФ (г. Москва)

**Введение.** В структуре общей заболеваемости злокачественными новообразованиями рак предстательной железы (РПЖ) по-прежнему занимает «лидирующие» позиции. По данным статистики, в 2015 г. было зарегистрировано более 38 тысяч случаев заболевания РПЖ, что практически в 2,5 раза больше, чем десять лет назад. Внедрение в клиническую практику новых альтернативных и малоинвазивных методов лечения РПЖ, а также усовершенствование имеющихся технологий позволили добиться высокой безрецидивной выживаемости. Вместе с тем течение интра- и послеоперационного периода любого из оперативных методов лече-

ния может быть сопряжено с риском развития осложнений. Целью данной работы явилась оценка особенностей течения послеоперационного периода робот-ассистированной радикальной простатэктомии (РАРПЭ).

**Материалы и методы.** В ретроспективный анализ были включены 600 пациентов, которые перенесли РАРПЭ на кафедре урологии МГМСУ. Медиана наблюдения составила 2,9 года. Проведенный статистический анализ (на основании телефонного анкетирования, заполнения опросников и данных проведенного обследования) позволил определить характер, частоту и факторы риска интра- и послеопе-