

5–9 дней (78,2 %). Особенностью является то, что все лица с диагнозами «острый пиелонефрит» и «обострение хронического простатита» лечились в дневном стационаре более 4 дней.

Изучая исход лечения, было установлено, что полностью выздоровели треть пациентов — 34,8 %, выписаны с улучшением 60,0 %, а продолжает болеть только 5,2 % пациентов.

Подводя итоги, можно отметить, что в ходе исследования был установлен тип пациентов

с широким спектром урологических нозологий, которые могли бы получать медицинскую помощь в дневных стационарах, тем самым разгрузив стационары суточного пребывания. Таким образом, дневные стационары, как прогрессивная форма медицинского обслуживания пациентов, не исчерпали своих возможностей и требуют дальнейшего усовершенствования в процессе практической ее реализации.

## АНАТОМИЧЕСКИЕ — МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ ПРИ ПОВЕРХНОСТНОМ РАКЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

© М.Н. Слесаревская, Ю.А. Гражданкина

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

**Введение.** Более 70 % уротелиальных опухолей при первичной диагностике относятся к поверхностному раку мочевого пузыря (РМП). Важным является тот факт, что около 20 % поверхностных форм РМП после ТУР «перерождаются» в мышечно-инвазивный рак: для TaG1 этот показатель составляет 3–5 %, а для T1G3 — 45 %. В связи с этим прогнозирование клинического течения поверхностного РМП и, в частности, поиск анатомических и морфологических прогностических факторов прогрессирования опухоли остаются весьма актуальными.

**Цель** исследования заключается в выявлении анатомических и морфологических особенностей при поверхностном РМП.

**Материалы и методы.** С 2007 по 2016 год в клинике урологии ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова прооперировано 277 пациентов с морфологически верифицированным поверхностным РМП, из них 217 мужчин в возрасте  $59,2 \pm 0,96$  года и 60 женщин в возрасте  $62,2 \pm 1,98$  года. Всем больным проводили стандартное урологическое обследование, включавшее в себя сбор анамнеза, физикальное обследование, лабораторные исследования, в том числе цитологический анализ мочи, цистоскопию, УЗИ, КТ или МРТ. Диагноз РМП верифицировали гистологически при исследовании образцов ткани из из-

мененных участков стенки мочевого пузыря. При цистоскопии определяли размеры новообразования, локализацию, количество опухолевых очагов, а также характер роста опухоли (экзофитный или стелющийся). Для оценки полученных данных математико-статистическим инструментом выбран коэффициент ранговой корреляции Спирмена.

**Результаты** исследования показали, что у 120 (43,3 %) пациентов РМП локализовался на боковой стенке, у 64 (23,2 %) — на задней стенке, у 58 (20,9 %) — в области треугольника Льево, у 21 (7,6 %) — на передней стенке, у 7 (2,5 %) — на верхушке, у 7 (2,5 %) — в более чем одной анатомической области (см. табл.).

Опухоли размером 3 см и менее составили 79,1 %, опухоли более 3 см — 20,9 %. Один опухолевый узел обнаружен в 197 (71,1 %) случаях, от 2 до 5 опухолевых узлов — в 63 (22,7 %) случаях, более 5 узлов — в 17 (6,2 %) случаях. В соответствии с классификацией ВОЗ (1973) все опухоли были разделены по степени анаплазии на G1 (41,1 %, 114 больных), G2 (38,3 %, 106 пациентов), G3 (20,6 %, 57 пациентов). У 199 (71,8 %) пациентов была выявлена стадия Ta, у 78 (28,2 %) — стадия T1.

Для определения фактической степени параллелизма между двумя рядами анатомо-морфологических признаков в качестве пер-

вого ряда был принят переменный признак (локализация, размер опухоли, количество узлов, стадирование), в качестве второго — признак дифференцировки. В ходе исследования были выявлены значимая корреляционная зависимость между локализацией поверхностного РМП и степенью дифференцировки (G1 ( $p < 0,01$ ), G2 ( $p < 0,05$ ) и G3 ( $p < 0,05$ )), количеством опухолевых узлов и степенью дифференцировки ( $p < 0,01$ ), размерами опухоли и степенью дифференцировки ( $p < 0,01$ ),

стадией (Ta, T1) и степенью дифференцировки ( $p < 0,01$ ).

**Выводы.** На основании нашего исследования выявлена статистически значимая зависимость между дифференцировкой и локализацией, размерами, количеством опухолевых узлов, стадией поверхностного рака мочевого пузыря, которую в перспективе можно использовать для оптимизации прогнозирования клинического течения и тактики лечения пациентов с поверхностным РМП.

Таблица

Анатомические и морфологические показатели опухоли при поверхностном РМП ( $n = 227$ )

Признак		n	%
Локализация опухоли	боковая стенка	120	43,3
	задняя стенка	64	23,2
	треугольник Лъето	58	20,9
	передняя стенка	21	7,6
	верхушка	7	2,5
	более одной локализации		2,5
Размеры опухолей	3 см и менее	219	79,1
	более 3 см	58	20,9
Количество опухолевых узлов	1	197	71,1
	2–5	63	22,7
	>5	17	6,2
Степень дифференцировки	G1	114	41,1
	G2	106	38,3
	G3	57	20,6
Стадия	Ta	199	71,8
	T1	78	28,2

## СЛУЧАЙ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧКИ С ОПУХОЛЬЮ ВИЛЬМСА У РЕБЕНКА 7 ЛЕТ

© *Е.В. Соснин<sup>1</sup>, А.И. Осипов<sup>1</sup>, М.В. Лифанова<sup>1</sup>, Д.Е. Красильников<sup>1</sup>, М.Б. Белогурова<sup>1,2</sup>, В.Б. Силков<sup>1,2</sup>*

<sup>1</sup> ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» МЗ РФ (г. Санкт-Петербург);

<sup>2</sup> СПб ГБУЗ «Городская клиническая больница № 31» (г. Санкт-Петербург)

**Актуальность** обусловлена редкой встречаемостью травматического повреждения почек, пораженных опухолью Вильмса, и, как следствие, недостаточной онкологической на-

стороженностью при лечении детей с травмой живота.

**Цель работы** — обратить внимание на возможность сочетания травмы и таких тя-