

ции и/или лимфоидной узелковой/фолликулярной формации (100–500 кл/мм<sup>2</sup>);

3) выраженная степень — сливающиеся поля воспалительных клеток с тканевой деструкцией и/или лимфоидной узелковой/фолликулярной формацией (> 500 кл/мм<sup>2</sup>).

Если в препарате присутствовали более чем одна степень воспаления, то учитывалась доминирующая и более тяжелая. Согласно этой классификации воспалительные изменения легкой степени имели 13 человек, умеренной степени — 23 пациента и воспалительные изменения выраженной степени выявлены у 11 человек.

Для анализа взаимосвязи порядковых признаков использована гамма-корреляция, поскольку в данных имелось много совпадающих значений. При этом отмечена обратная зависимость между интенсивностью боли по визуальной аналоговой шкале и количеством лейкоцитов, определяемых в анализе секрета

предстательной железы (коэффициент корреляции — 0,7129), что подтверждает отсутствие влияния воспаления в простате на возникновение боли. В то же время выявлена обратная корреляционная зависимость между количеством лейкоцитов в секрете предстательной железы и воспалительной инфильтрацией ткани простаты (коэффициент корреляции — 0,5256). Никакой корреляции не выявлено между характером и выраженностью воспаления в ткани простаты и интенсивностью боли у больных хроническим простатитом.

Проведенные исследования позволяют утверждать, что боль, основной симптом хронического бактериального простатита, не может являться следствием патологического процесса в ткани предстательной железы. Больные хроническим бактериальным простатитом нуждаются в дополнительном обследовании с целью выяснения причины болей.

## МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЕ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ БАКТЕРИАЛЬНОМ ПРОСТАТИТЕ

© *В.Н. Крупин, А.В. Крупин*

ФГБОУ ВО «Нижегородская государственная медицинская академия» МЗ РФ (г. Нижний Новгород)

Морфологические исследования ткани предстательной железы выполнены у 127 больных хроническим бактериальным простатитом: у 67 человек материал получен при игольчатой биопсии в связи с подозрением на рак предстательной железы, возникший в процессе наблюдения за больными; 60 больным выполнена трансуретральная резекция по поводу прогрессирующей инфравезикальной обструкции в результате увеличения ДППЖ. Материал исследовали отдельно из каждой доли, что позволило оценить характер и выраженность воспалительных изменений в предстательной железе.

У всех больных в полученной ткани предстательной железы присутствовали признаки воспаления от легкой степени воспаления до развития фиброза предстательной железы. Если оценка выраженности воспаления не вызывала у нас больших затруднений благодаря предложенной классификации (Nickel J.C.

et al., 2001), то развитие фиброза и его выраженность оценивали по классификации, разработанной в нашей клинике (Горбунова Е.Н. и др., 2011), поскольку другие классификации отсутствуют. В основу классификации положена характеристика толщины стромальных перегородок между ацинусами желез простаты. Согласно этой классификации выделено три степени фиброза.

1. Фиброз легкой степени (увеличение толщины стромальных перегородок до 1,5–2,0 мм в 2–4 полях зрения из 10).

2. Умеренный фиброз (толщина стромальных перегородок увеличена до 1,5 мм более чем в 4 полях зрения, либо резкое утолщение более 2,5 мм имеется в единичных полях зрения (1–2)).

3. Выраженный фиброз (стромальные перегородки до 2,5 мм и более в 7–10 полях зрения).

При анализе характера и выраженности воспалительных изменений в ткани предстатель-

ной железы у больных хроническим бактериальным простатитом не выявлено какой-либо закономерности ни с наличием и характером высеваемой микрофлоры из секрета предстательной железы или эякулята, полученных накануне операции, ни с наличием и характером высеваемой микрофлоры непосредственно из

ткани простаты. Обращал на себя внимание тот факт, что в 93 случаях (73,2 %) выраженность морфологических изменений ткани предстательной железы в различных ее долях была не одинаковой, вплоть до развития выраженного фиброза в одной доле и наличия легкой степени воспаления в другой.

## ГИБРИДНАЯ МЕТОДИКА РЕКОНСТРУКЦИИ ТАЗОВОГО ДНА НА ОСНОВЕ АПИКАЛЬНОГО СЛИНГА

© *Н.Д. Кубин<sup>1</sup>, Д.Д. Шкарупа<sup>1,2</sup>, Е.А. Шановалова<sup>1</sup>, А.О. Зайцева<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> ФГБУ «Санкт-Петербургский многопрофильный центр» МЗ РФ (г. Санкт-Петербург);

<sup>2</sup> ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» (г. Санкт-Петербург)

**Актуальность.** Пропалс тазовых органов (ПТО) поражает женщин среднего и пожилого возраста по всему миру. Распространенность его, согласно данным зарубежных и отечественных авторов, в возрасте старше 50 лет достигает 40 %, увеличиваясь к старческому возрасту. Основными проявлениями заболевания наряду с анатомическим дефектом являются нарушение эвакуаторной функции мочевого пузыря, вплоть до острой задержки мочи, и хроническая инфекция нижних мочевых путей. На сегодняшний день доказана ведущая роль дефекта поддерживающих структур апикального компартмента (крестцово-маточных связок, I уровень по DeLancey) в развитии и прогрессировании ПТО. Данное обстоятельство указывает на необходимость одновременного восстановления дефекта крестцово-маточных связок и лобково-шеечной/ректовагинальной фасции (II уровень по DeLancey) при коррекции генитального пролапса. Целью данного исследования явилось изучение эффективности гибридной методики реконструкции тазового дна, обеспечивающей симультанную коррекцию дефектов поддержки на I (билатеральная крестцово-остистая фиксация сетчатым эндопротезом) и II (субфасциальная кольпоррафия) уровнях по DeLancey.

**Материалы и методы.** В данное проспективное исследование вошли 218 женщин, страдающих пролапсом тазовых органов, про-

оперированных в соответствии с разработанной методикой в период с сентября 2014 по май 2015 года. Пациентки были разделены на 2 группы: I — женщины с постгистерэктомическим выпадением купола влагалища (65), II — пациентки, страдающие апикальным пролапсом в комбинации с опущением передней/задней стенки влагалища (153). Во всех случаях выраженность пролапса соответствовала III–IV стадиям по классификации Baden-Walker. Для оценки результатов оперативного лечения использовались данные влагалищного осмотра (по системе POP-Q), урофлоуметрии, УЗИ мочевого пузыря, определяемые до операции и на контрольных визитах. Оценка изменения качества жизни производилась сравнением баллов по вопросам PFDI-20, PFIQ-7, PISQ-12. Оперативная техника: после предварительной гидропрепаровки стенки влагалища производился вертикальный разрез через ведущую точку пролапса. Затем производилась субфасциальная диссекция паравагинальных тканей тупым путем в направлении сакроспинальных связок с каждой стороны. Установка апикального слинга (полипропиленовый сетчатый эндопротез УроСлинг 1, ООО «Линтекс», Санкт-Петербург) производилась типично — эндопротез фиксировался в сакроспинальных связках билатерально. Ключевым этапом реконструкции являлось наложение на внутреннюю поверхность фасции шва по Холстеду — Золтану