

бовалась последующая ТУР предстательной железы. У 1 (8 %) пациента развилась ишемия головки полового члена с поверхностным некрозом тканей. На фоне консервативной терапии осложнение полностью разрешилось.

Простатические симптомы по Международной шкале снизились после ЭПА с 25,3 до 10. Значение  $Q_{\max}$  повысилось с 8 до 15 мл/с. Среднее значение объема предстательной железы уменьшилось с 86 до 56 см<sup>3</sup>. Наиболее выраженный эффект отмечен в отношении объема остаточной мочи.

В раннем послеоперационном периоде у 2 (15 %) пациентов отмечено обострение хронической инфекции мочевых путей. Трое (23 %) пациентов

отмечали умеренно выраженный болевой синдром. У одного пациента развилась транзиторная макрогематурия. Все осложнения носили кратковременный характер и разрешились на фоне консервативного лечения.

**Заключение.** ЭПА является эффективным малоинвазивным методом лечения ДГПЖ и может рассматриваться как самостоятельная методика, а также применяться с целью уменьшения объема простаты в рамках подготовки к последующей ТУР или в качестве этапа лечения с последующей консервативной терапией. ЭПА расширяет арсенал врача при выборе способа терапии ДГПЖ и улучшает результаты лечения заболевания.

## ТРАВМАТИЧЕСКИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ОРГАНОВ МОШОНКИ У ДЕТЕЙ

© *М.В. Григорьева<sup>1, 2</sup>, О.О. Саруханян<sup>1, 2</sup>, Э.Н. Гасанова<sup>1</sup>, Н.В. Телешов<sup>1</sup>, И.В. Батунина<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> ГБУЗ «НИИ неотложной детской хирургии и травматологии» ДЗ г. Москвы;

<sup>2</sup> ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей» Минздрава РФ (Москва)

Травматические повреждения наружных половых органов у пациентов мужского пола представляют собой редкую патологию в детском возрасте. Наиболее важной является диагностика разрыва яичка, требующая экстренного хирургического лечения.

**Цель исследования** — разработать лечебно-диагностический алгоритм при травме мошонки у детей.

**Материалы и методы.** За период 2009–2019 гг. в НИИ НДХиТ был госпитализирован 91 пациент мужского пола в возрасте от 1 мес. до 18 лет. При поступлении всем пациентам проводилось УЗИ мошонки.

**Результаты.** В структуре всех острых заболеваний и травм органов мошонки у детей травматические повреждения составили 7,2 % (91 из 1252 пациентов). В структуре закрытых повреждений органов мошонки в основном были ушибы мягких тканей, не требующие хирургического вмешательства. Из 91 пациента 43 были с ушибом мягких тканей мошонки, гематомами оболочек яичка, 22 с посттравматическим эпидидимитом, ушиб яичка зарегистрирован в 15 случаях, разрыв яичка — у 10 больных, разрыв придатка — у 1.

В диагностике характера, локализации и степени травматического повреждения органов мошонки большое значение имеет ультразвуковое исследование. Мы считаем, что УЗИ незаменимо при травмах мошонки для определения показаний к операции. Операции при гематомах мошонки нецелесообразны, так как отсутствует изолированное

скопление крови (полость гематомы), нуждающееся в дренировании. Отмечается лишь пропитывание (имбибиция) оболочек яичка, при котором операция только способствует локальному нарушению кровообращения. Показанием к экстренному хирургическому лечению при травмах мошонки является только разрыв яичка (придатка). Разрыв яичка обычно сопровождается гематомой мошонки и гематоцеле, которые затрудняют клиническую (пальпаторную) диагностику. Из 11 пациентов с разрывом яичка в нашем исследовании в 5 случаях травма была получена в результате прямой травмы (случайный удар ногой во время игры в футбол), падение с велосипеда в 1 случае (удар о раму), мотоциклетная травма в 2 случаях. У всех больных с разрывом яичка в момент травмы отмечалась сильная боль, болевой шок, в последующем развивался значительный отек мошонки.

При разрыве яичка эхографически отмечают неровность, нечеткость контуров органа, неоднородность эхоструктуры, скопление жидкости с дисперсной взвесью в полости собственной влагалищной оболочки яичка (гематоцеле). Гематоцеле является патогномичным симптомом разрыва яичка и служит абсолютным показанием к хирургическому лечению — ревизии органов мошонки в экстренном порядке.

Хирургическое лечение разрыва яичка предполагает ревизию мошонки, эвакуацию гематоцеле, резекцию поврежденной пролабирванной нежизнеспособной паренхимы, ушивание белочной обо-

лочки, дренирование. Всем больным с тяжелой травмой мошонки — разрывом яичка в послеоперационном периоде проводили диспансерное наблюдение и оценку результатов лечения в отдаленные сроки с использованием УЗИ. У всех осмотренных пациентов были отмечены хорошие результаты хирургического лечения разрыва яичка в отдаленные сроки.

**Выводы.** Таким образом, несмотря на редкость травматических повреждений органов мошонки

у детей, встречаются случаи разрыва яичка, которые в нашем исследовании составили 12 %. УЗИ мошонки позволяет установить локализацию, характер и степень повреждения органов мошонки. Показанием к хирургическому лечению при травмах мошонки у детей является только разрыв яичка. Разработанный лечебно-диагностический алгоритм, предусматривающий дифференцированный подход к выбору лечебной тактики, дает возможность избежать выполнение нецелесообразных операций.

## ВЗАИМОСВЯЗЬ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ И МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ПРОСТАТИТОМ

© А.Ш. Гурбанов, А.А. Шевырин, М.Н. Ахмедов, Ш.Р. Бахшылы

ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава РФ (Иваново)

**Актуальность.** В настоящее время отмечается высокая распространенность хронического простатита. Симптомы этого заболевания, по данным различных источников, наблюдаются у 30–75 % мужского населения. В основном за помощью обращаются мужчины наиболее трудоспособного и репродуктивного возраста — 20–45 лет. У больных нередко встречаются психологические, эмоциональные, поведенческие и когнитивные проблемы, снижается работоспособность, нарушается социальная адаптация, что вынуждает их многократно обращаться за медицинской помощью. Хронический простатит отражается и на половой функции, нарушает семейные отношения и снижает качество жизни мужчин.

**Цель исследования** — выявить взаимосвязь воспалительных процессов в предстательной железе и морфофункциональных изменений ее ткани при хроническом простатите.

**Материалы и методы.** Работа проводилась на базе ОБУЗ ОКБ г. Иваново: было отобрано 400 пациентов, наблюдавшихся и регулярно посещавших уролога с диагнозом «хронический простатит» в течение 2016–2017 гг. Из этих больных случайным методом было выбрано 75 мужчин в возрастной категории 20–50 лет вне зависимости от длительности заболевания. При выполнении работы оценивали следующие данные о каждом из пациентов: паспортные данные, возраст, результат обследования простаты *per rectum*, анализ секрета простаты, общий анализ мочи, ультразвуковое исследование простаты. Для объективной оценки результатов исследования статистическую обра-

ботку проводили в программах Microsoft Office Excel и Statistica for Windows 6.0.

**Результаты и их обсуждение.** Для выявления взаимосвязи между изучаемыми показателями пациенты были разделены на группы в зависимости от возраста (20–30 лет, 31–40 лет, 41–50 лет) и степени увеличения предстательной железы (с нормальными размерами, с умеренным увеличением и со значительным увеличением железы), что позволило более точно показать влияние данных факторов на активацию местных воспалительных процессов. По статистическим показателям, заболеваемость хроническим простатитом наиболее распространена в возрастной группе 41–50 лет. В первой группе (20–30 лет) выявлены единичные случаи выраженных воспалительных изменений в секрете простаты, во второй (31–40 лет) — чаще встречались воспалительные изменения, в третьей (41–50 лет) — воспаление соответствовало средней степени выраженности. Несмотря на отсутствие закономерностей сочетания воспалительных изменений в секрете простаты и общем анализе мочи, данные методы являются «золотым стандартом» диагностики простатита в связи с низкой стоимостью, доступностью и быстротой. У пациентов с нормальными размерами простаты отмечался максимальный уровень лейкоцитов в секрете простаты (260 клеток в поле зрения), в общем анализе мочи воспалительные изменения не выражены. У семи пациентов с умеренным увеличением размеров железы наблюдался максимальный уровень лейкоцитов в секрете простаты (120 единиц в поле зрения), у остальных — до