

лиальной дисфункции в механизмах дисциркуляторных гемодинамических нарушений в простате и формировании эректильной дисфункции. При этом длительно протекаю-

щий хронический воспалительный процесс в предстательной железе вносит определенный вклад в истощение функционального резерва эндотелия.

## ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ ЯИЧКА В ПОДРОСТКОВОЙ АНДРОЛОГИИ

© Д.Н. Щедров

ГБУЗ ЯО «Областная детская клиническая больница» (г. Ярославль)

Эстетические требования современной андрологии побуждают хирурга стремиться к повышению качества жизни оперированного больного, получению результата, удовлетворительного с точки зрения косметологии, эстетики и приемлемого для социальной адаптации, и вынуждают врача решать вопрос о выполнении эндопротезирования яичка после его удаления. Количество орхэктомии, выполняемых в различных клиниках, как планового, так и экстренного характера, не имеет тенденции к снижению.

Мы располагаем опытом протезирования яичек у 35 подростков до 18 лет с использованием оригинальной методики (заявка на изобретение № 2017104554/17 (008119) от 13.02.17). Причинами орхэктомий являлись: заворот яичка — 19 пациентов, травма яичка — 1 пациент, деструктивный эпидидимит — 1 пациент, опухоль яичка — 3 пациента, крипторхизм — 4 пациента, гипоплазия или агенезия яичка — 7 пациентов.

Условиями, допускающими проведение операции, считаем:

- возраст не менее 15 лет;
- объем контралатеральной гонады не менее 15 см<sup>3</sup>. Данный параметр означает минимальное значение объема «взрослой» гонады, при меньшем объеме косметический эффект будет неприемлемым ввиду визуальной разницы размеров собственной гонады и протеза;
- при ургентной ситуации срок после первичной орханоуносящей операции не менее 6 месяцев, что соответствует полному стиханию воспалительного процесса и формированию рубцового процесса в данной анатомической зоне;

– планово эндопротезирование может быть выполнено одномоментно с удалением собственного атрофированного яичка.

Использовали эндопротезы яичка производства фирм МИТ, Россия ( $n = 19$ ), Mentor Coloplast США ( $n = 3$ ), Promedon S.A, Аргентина ( $n = 15$ ). Подбор протеза осуществлялся путем сравнительной пальпации и определения размеров контралатеральной гонады при УЗИ органов мошонки. При определении размера имплантируемого протеза учитывали толщину собственных оболочек мошонки.

В 22 случаях производили эндопротезирование в «пустую» мошонку, в 13 случаях установка протеза сопровождалась гемиорхофуникулоэктомией атрофированного яичка. Доступ осуществляли поперечный через паховый канал по ходу паховой складки. С целью минимизации контакта трансплантата с операционной раной мошоночный доступ, рекомендуемый некоторыми авторами, избегали, несмотря на его техническую простоту. Выделяли ранее не удаленную часть семенного канатика до уровня внутреннего пахового кольца, перевязывали с прошиванием и отсекали. Семенной канатик удаляли полностью до дистальной лигатуры (уровень его перевязки в мошоночной части), при наличии атрофированного яичка выполняли орхэктомию. Все удаленные ткани в обязательном порядке подвергались гистологическому исследованию. При выполнении гемиорхофуникулоэктомии атрофированного яичка часто возникает выраженный спаечный процесс в серозной полости, обусловленный как ранее выполненным вмешательством, так и рубцовыми изменениями яичка. Формируется тупым путем

туннель в мошонку, в ее полости создается ложе для трансплантата достаточного объема. Для удобства формирования ложа в последующем при выполнении орхэктомии не следует ушивать серозную полость мошонки, что выполняется некоторыми авторами с целью профилактики послеоперационных осложнений, прежде всего — формирования послеоперационных гематом. Данные осложнения возникают чаще при воспалительных изменениях органов мошонки в ургентной ситуации и избегаются путем дренирования серозной полости в послеоперационном периоде при первичной операции и ее физиологическим спадением после операции, протезирование у таких пациентов следует выполнять отсроченно. Необходимо стремиться сформировать ложе максимально низко с целью правильного стояния трансплантата и профилактики его миграции в сторону пахового канала. Тщательно выполняется гемостаз. Трансплантат помещается в мошонку в вертикальном положении, допол-

нительная фиксация за «связку» к апоневрозу (МИТ) нецелесообразна. Ушивание входа в мошонку выполняется путем наложения кисетного шва на 5–6 стежков равного размера над верхним полюсом импланта через все оболочки мошонки — от мясистой до серозной до сведения тканей, после чего ушивается вход в мошонку. Рана послойно ушивается наглухо. Дренирование серозной полости мошонки не производится, так как повышает риск инфицирования.

Осложнение отмечено в одном случае на этапе освоения методики — отторжение импланта с отхождением его через свищ мошонки, что связываем с нарушением трофики стенки мошонки после некорректного формирования полости в условиях малого ее объема и выраженного спаечного процесса.

Наличие опыта протезирования яичка позволяет сделать следующий вывод: предлагаемая методика удобна технически и позволяет минимизировать риск осложнений в послеоперационном периоде.

## РОЛЬ [-2]проПСА И ИНДЕКСА ЗДОРОВЬЯ ПРОСТАТЫ В ДИАГНОСТИКЕ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У БОЛЬНЫХ С УРОВНЕМ ПСА МЕНЕЕ 4 НГ/МЛ

© *В.Д. Яковлев, А.С. Аль-Шукри, М.А. Рыбалов, С.Ю. Боровец, А.Г. Борискин, Е.С. Невирович*

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

**Введение.** Простатический специфический антиген (ПСА) является органоспецифичным маркером, но не специфическим маркером рака предстательной железы (РПЖ). Причиной повышения ПСА могут быть и незлокачественные болезни простаты, такие как доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ), хронический и острый простатит. Было доказано, что использование показателя [-2]проПСА улучшает выявляемость РПЖ при уровне общего ПСА в плазме крови от 2 до 10 нг/мл. Индекс здоровья простаты внесен в Российские клинические рекомендации в качестве дополнительного диагностического теста на наличие РПЖ у мужчин с уров-

нем общего ПСА в плазме крови в диапазоне от 2 до 10 нг/мл с целью снижения количества «необоснованных» биопсий.

**Цель исследования:** определить значимость [-2]проПСА и индекса здоровья простаты для диагностики РПЖ у пациентов с уровнем ПСА в плазме крови менее 4 нг/мл.

**Пациенты и методы.** В основу настоящего исследования положены результаты обследования 148 мужчин в возрасте от 46 до 81 года, в среднем  $63,9 \pm 0,69$  года, которые были обследованы в клинике урологии ПСПбГМУ им. И.П. Павлова для исключения РПЖ. Критериями включения были: уровень общего ПСА в плазме крови менее 4 нг/мл,