

тивную помощь пациентам и повышать их качество жизни.

Создание Центра лечения патологии мочеиспускания позволяет периодически наблюдать всех поставленных на диспансерный учет больных

и контролировать эффективность лечения. Своевременная, правильно спланированная терапия значительно улучшает качество жизни пожилых женщин и мужчин, уменьшает количество осложнений.

## ОПЫТ ЭМБОЛИЗАЦИИ ПРОСТАТИЧЕСКИХ АРТЕРИЙ В ЛЕЧЕНИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

© Д.С. Горелов, Н.К. Гаджиев, Д.В. Овчаренко, А.О. Иванов, Ю.А. Радомский, А.А. Мищенко, А.Т. Мовсисян, С.Б. Петров

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

**Введение.** Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) — одно из самых распространенных урологических заболеваний мужчин пожилого и старческого возраста. Более 50 % мужчин в возрасте 60 лет и старше страдают ДГПЖ. Выбор метода лечения ДГПЖ зависит от большого количества факторов, в том числе от размеров простаты и наличия сопутствующей соматической патологии. Противопоказаниями к традиционным хирургическим методам лечения ДГПЖ являются тяжелая сопутствующая патология, высокий анестезиологический риск, некорректируемые коагулопатии. Для лечения такой группы пациентов применяют различные малоинвазивные методики. Преимущества малоинвазивных методов заключаются в отсутствии необходимости общей анестезии, минимальном риске послеоперационных осложнений, снижении длительности пребывания в стационаре. К таким методам относится эмболизация простатических артерий (ЭПА). Принцип метода основан на снижении артериального притока к предстательной железе, что приводит к достаточно быстрому уменьшению ее объема и снижению выраженности симптомов нижних мочевых путей. В условиях рентгеноперационной выполняется пункция общей бедренной артерии, проведение специального микрокатетера до артерий предстательной железы и производится их селективная эмболизация микрочастицами диаметром 250–500 мкм.

Показаниями к ЭПА являются ДГПЖ больших (>80 см<sup>3</sup>) размеров, наличие тяжелой сопутствующей патологии, высокий анестезиологический риск, отсутствие эффекта консервативной терапии или отказ пациента от проведения традиционных хирургических вмешательств.

К противопоказаниям относятся непереносимость рентгеноконтрастных веществ, наличие

острых инфекционно-воспалительных заболеваний любой локализации, состояние после перенесенного острого инфаркта миокарда или острого нарушения мозгового кровообращения в срок до 6 месяцев, наличие флотирующих тромбов в бассейне вен нижних конечностей. Основное препятствие для выполнения ЭПА представляют окклюзионно-стенотические поражения и аномалии анатомического строения подвздошных сосудов, не позволяющие выполнить операцию.

**Цель исследования** — оценить эффективность и безопасность ЭПА при лечении ДГПЖ.

**Материалы и методы.** Проанализированы результаты лечения 13 пациентов, которым была выполнена ЭПА при ДГПЖ. Средний возраст пациентов составил 73 года (от 62 до 83 лет). Средний объем предстательной железы — 86 см<sup>3</sup> (от 67 до 105 см<sup>3</sup>). Шести пациентам была ранее выполнена троакарная цистостомия по поводу острой задержки мочеиспускания. Эффективность лечения оценивали по динамике следующих показателей:

- восстановление самостоятельного мочеиспускания;
- IPSS (Международная шкала оценки простатических симптомов);
- $Q_{\max}$  (урофлоуметрия);
- объем простаты и остаточной мочи (УЗИ).

Безопасность оценивали по частоте развития и тяжести послеоперационных осложнений.

**Результаты.** Все пациенты отмечали положительную динамику при оценке качества мочеиспускания. Эпистомический дренаж был удален всем пациентам, ранее перенесшим троакарную цистостомию, в течение 3 суток после ЭПА. У 1 (8 %) пациента эффект ЭПА оказался недостаточным (самостоятельное мочеиспускание восстановилось, однако сохранялось большое количество остаточной мочи), в связи с чем потре-

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 пролабированной нежизнеспособной паренхимы, ушивание белочной обо-