

группе увеличилось в среднем на 13,3 %, а количество пациентов, у которых исходно до лечения выявлялась нейропатическая боль соответственно уменьшилось на 11,0 % ($p < 0,05$). Очевидно, это стало причиной того, что больные группы 2 продемонстрировали достоверно лучшие результаты медикаментозной ликвидации болевого синдрома, чем больные группы 1, поскольку только в группе 1 к окон-

чанию курса фармакотерапии показатель ИБ максимально приближался к значениям здоровых мужчин контрольной группы.

Выводы. Таким образом, α -липоевая кислота демонстрирует высокую эффективность при хронической боли, ассоциированной с ХАП IIIВ категории, благодаря выраженным нейропротективным и нейрорепаративным эффектам.

РОЛЬ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ В ГЕНЕЗЕ ХРОНИЧЕСКОГО БАКТЕРИАЛЬНОГО ПРОСТАТИТА

© *И.С. Шорманов, А.С. Соловьев, А.И. Рыжков, Н.С. Шорманова*

ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет» МЗ РФ (г. Ярославль)

Цель исследования. Проанализировать взаимосвязь признаков эндотелиальной дисфункции, нарушений регионарной простатической гемодинамики и выраженности эректильной дисфункции у больных хроническим бактериальным простатитом (ХБП) в стадии обострения.

Материалы и методы исследования. В исследование включено 120 мужчин в возрасте 22–45 лет с клинико-лабораторным обострением ХБП и 30 клинически здоровых мужчин того же возраста (группа контроля), у которых оценивали нитроксид-продуцирующую функцию эндотелия по суммарному содержанию метаболитов оксида азота в крови и плазменному уровню эндотелина, изучали сосудодвигательную функцию эндотелия по результатам посткомпрессионного теста на плечевой артерии, выполняли УЗ-доплерографию сосудов предстательной железы, анализировали выраженность эректильной дисфункции (МИЭФ-5), оценивали цитокиновый профиль плазмы крови и фиксировали сывороточный уровень гомоцистеина.

Результаты. У пациентов с обострением хронического бактериального простатита имелись признаки системной эндотелиальной дисфункции в виде снижения плазменного уровня монооксида азота на 17 %, показателей пробы с реактивной гиперемией — на 54 %, с одновременным повышением концентрации эндотелина-1 — на 26 % ($p < 0,05$). Кроме того,

имелось повышение концентрации гомоцистеина в сыворотке крови на 30 % и увеличение содержания про- и противовоспалительных цитокинов в 2,3–10,8 раза ($p < 0,05$). При этом степень их возрастания прямо коррелировала с выраженностью эндотелиальной дисфункции. У пациентов с обострением хронического бактериального простатита показатели эректильной функции оказались на 30 % ниже значений группы контроля. При этом установлена достоверная отрицательная связь между показателями эндотелиальной дисфункции и тяжестью эректильной дисфункции ($n = 120$; $r = 0,385$; $p = 0,001$). У больных ХБП оказались сниженными на 30 % индекс васкуляризации, повышенными индексы резистентности кровотоку во всех крупных артериальных коллекторах предстательной железы в среднем на 50 % и сниженными на 27,4 % показатели линейной скорости крови по венам предстательной железы по сравнению с контрольной группой ($p < 0,05$). Установлена достоверная положительная связь между индексом васкуляризации и уровнем конечных метаболитов оксида азота ($n = 120$; $r = 0,231$; $p = 0,001$), индексом васкуляризации и степенью дилатации плечевой артерии в пробе с реактивной гиперемией ($n = 120$; $r = 0,385$; $p = 0,001$) и отрицательная связь между индексом васкуляризации и уровнем эндотелина-1 ($n = 120$; $r = 0,231$; $p = 0,001$).

Заключение. Исследование продемонстрировало патогенетически важную роль эндоте-

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 см³. 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