

операция Мармара, при которой осуществляется паховый доступ в проекции наружного отверстия пахового канала. Однако после применения данного доступа у пациентов остается видимый косметический дефект в виде послеоперационного рубца.

Цель исследования. Сравнительная оценка результатов хирургического лечения варикоцеле при применении разработанного нами доступа и классического доступа при операции по Мармару.

Материалы и методы. По пахово-мошоночной складке, в непосредственной близости от корня полового члена, производится разрез кожи длиной 2–2,5 см. С помощью ранорасширительных крючков кожа смещается в сторону наружного отверстия пахового канала, где выделяют семенной канатик с его элементами и варикозно измененными венами. Далее оперативное вмешательство продолжается по классической методике Мармара: варикозно измененные вены выделяют, лигируют и пересекают. Нами было выполнено 38 операций при варикоцеле слева у мужчин в возрасте от 20 до 40 лет, 18 операций из которых были выполнены классическим доступом по методике Мармара (кожный доступ в проекции наружного отверстия пахового канала) и 20 операций с помощью

модифицированного нами доступа по пахово-мошоночной складке. Все операции осуществляли под внутривенной анестезией, средняя продолжительность операции составила 25 минут, средняя длительность госпитализации — 4 койко-дня.

Результаты. В течение шести месяцев наблюдения после операции как с применением классического доступа, так и с применением косметического доступа рецидивы у прооперированных пациентов отмечены не были. Кроме того, у пациентов, прооперированных с применением модифицированного косметического доступа, наблюдалось отсутствие грубых рубцовых изменений в области оперативного вмешательства.

Выводы. Хирургическое лечение варикоцеле по методике Мармара с применением модифицированного пахово-мошоночного доступа является простым и надежным способом оперативного лечения варикоцеле. По сравнению с существующими хирургическими доступами при предложенном нами доступе отмечено существенное уменьшение косметического дефекта в области оперативного вмешательства без снижения эффекта операции, в связи с чем для данного доступа нами предложено авторское название «доступ по Селиванову – Будылеву».

ИССЛЕДОВАНИЯ СЕЗОННЫХ КОЛЕБАНИЙ СОДЕРЖАНИЯ ОБЩЕГО ТЕСТОСТЕРОНА В ПЛАЗМЕ КРОВИ МУЖЧИН САНКТ-ПЕТЕРБУРГА И ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

© *А.В. Вербенкин, Н.Ю. Игловиков*

ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им С.М. Кирова» МО РФ (Санкт-Петербург)

Введение. Дефицит тестостерона — доказанный независимый фактор риска мужской смертности. Мужчины с гипогонадизмом имеют риск смертности на 88 % выше, чем эугонадные мужчины. Рано или поздно практически все мужчины входят в гипогонадное состояние. В связи этим актуальным является вопрос диагностики гипогонадизма и наблюдение за колебаниями тестостерона.

Цель исследования — изучить сезонные и возрастные изменения концентрации общего тестостерона (ОТ) у мужчин Санкт-Петербурга и Ленинградской области.

Материал и методы. Проведено исследование уровня ОТ у 367 мужчин из Санкт-Петербурга и Ленинградской области в возрасте от 18 до 69 лет (средний возраст 36 лет), обратившихся за амбулаторной помощью. Выборка мужчин старше 60 лет оказалась недостаточной для статистической

обработки, вследствие этого данную возрастную группу исключили из анализа. Отобранные для исследования пациенты были разделены на 3 возрастные группы: 1) 18–29 лет ($n = 110$); 2) 30–44 года ($n = 216$); 3) 45–59 лет ($n = 69$) и 2 подгруппы по временам года: летняя подгруппа (с 01.06.2016 по 14.10.2016 и с 15.04.2017 по 31.05.2017) и зимняя подгруппа (с 15.10.2016 по 14.04.2017). У всех пациентов для получения биоматериала производили забор крови из периферической вены утром натощак. Анализ ОТ проводили с помощью электрохемилюминесцентного иммуноанализа на анализаторах ARCHITEST. Гипогонадизм диагностировали при уровне ОТ $< 12,1$ нмоль/л. Анализ количественного признака (ОТ) выполняли согласно критерию Стьюдента с помощью программного обеспечения Statistica 13.3. Статистически значимыми различия считали при $p < 0,05$.

Результаты. В первой возрастной группе (от 18 до 29 лет) проанализировано 110 пациентов (48 в летний и 62 в зимний периоды). Медиана ОТ составила 16,46 нмоль/л в летний и 15,18 нмоль/л в зимний периоды ($p = 0,22$). Во второй возрастной группе (30–44 года) проанализировано 216 пациентов (83 в летний и 133 в зимний периоды), медиана ОТ составила 16,04 нмоль/л в летней и 13,64 нмоль/л в зимней подгруппах ($p = 0,002$). В третьей возрастной группе (45–60 лет) проанализировано 69 пациентов (34 в летний и 35 в зимний периоды), медиана ОТ составила 14,305 нмоль/л в летней и 11,8 нмоль/л в зимней подгруппах ($p = 0,049$). Таким образом, медиана ОТ в зимний период в старшей возрастной группе была ниже порогового значения лабораторно подтвержденного гипогонадизма ($<12,1$ нмоль/л). В ходе исследования установлено также, что с возрастом происходит снижение ОТ во всех группах независимо от количества получаемой солнечной инсоляции.

В процессе исследования была определена доля мужчин с лабораторно подтвержденным гипогонадизмом ($<12,1$ нмоль/л) в зависимости от сезона. В первой возрастной группе (18–29 лет) в летний период было выявлено 22,6 % и в зимний 31,3 % мужчин с гипогонадизмом, во второй группе (30–44 лет) эти значения составили 25,3 и 36,8 % соответственно, в старшей возрастной группе — 35,3 и 54,3 % соответственно.

Выводы

1. Уровень ОТ у мужчин Санкт-Петербурга и Ленинградской области в зимний период во всех возрастных группах был ниже, чем в летний период.
2. Во всех группах наблюдалось снижение ОТ с возрастом независимо от количества получаемой солнечной инсоляции.
3. Каждый пятый мужчина в возрасте 18–29 лет, каждый четвертый в возрасте 30–44 лет и каждый третий в возрасте 45–60 лет имеют лабораторно подтвержденный гипогонадизм.

БЕЗОПАСНАЯ И ТОЧНАЯ ЭМБОЛИЗАЦИЯ. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПЛОСКОДЕТЕКТОРНОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ ПРИ ЭМБОЛИЗАЦИИ АРТЕРИЙ ПРОСТАТЫ

© *С.Г. Винцовский¹, М.В. Хотченков¹, Г.В. Учваткин^{1, 2}*

¹ ГБУЗ «Ленинградская областная клиническая больница» (Санкт-Петербург);

² ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава РФ (Санкт-Петербург)

Актуальность. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) является одним из самых распространенных заболеваний у мужчин, приводящих к возникновению симптомов нижних мочевых путей и ухудшению качества жизни. При неэффективности консервативной терапии прибегают к хирургическому лечению. Традиционные оперативные вмешательства при ДГПЖ, такие как трансуретральная резекция (ТУР) и открытая аденомэктомия, эффективно устраняют симптомы нижних мочевых путей, но сопряжены с рядом осложнений и ограничений, связанных как с самим оперативным вмешательством, так и с анестезиологическим пособием. Эти факторы побуждают к разработке малоинвазивных методов лечения пациентов с ДГПЖ. Последние годы все больше появляется данных об эффективности и безопасности эмболизации артерий простаты (ЭАП) как самостоятельного метода лечения пациентов с ДГПЖ. Однако в литературе описаны случаи серьезных осложнений после ЭАП, связанные с нецелевой эмболизацией артериальных бассейнов таза.

Целью данного наблюдения является оценка эффективности и безопасности ЭАП под контролем плоскодетекторной компьютерной томографии (ПДКТ).

Пациенты и методы. С 2015 г. в Ленинградской областной клинической больнице выполнена эндоваскулярная ЭАП 47 пациентам. Двадцати пяти больным эмболизацию выполняли в качестве предоперационной подготовки перед аденомэктомией, а 22 применяли как самостоятельный метод лечения. В связи с повышением уровня ПСА > 4 нг/мл 6 пациентам проведена трансректальная биопсия предстательной железы, подтвердившая доброкачественный процесс в предстательной железе. Средний возраст больных составил $67,5 \pm 7,5$ года. Предоперационная и лечебная эмболизация технически ничем не отличались друг от друга. Процедуру проводили на стационарном ангиографе Philips Allura Xper FD20 в отделении РХМДЛ, а предоперационную подготовку и послеоперационное ведение — в отделении урологии ЛОКБ. Мы разделили пациентов на 2 группы. Больным 1-й группы ($n = 19$) эмболизацию проводили с использова-