

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-

нием ПДКТ-контроля, во 2-й группе ($n = 28$) — без ПДКТ-контроля. Местная инфльтрационная анестезия лидокаином 2 %. Чаще всего использовали правый бедренный доступ (42 случая), в 1 случае — бифеморальный доступ, в 4 случаях — правый плечевой доступ. После установки интродьюсера в аорту проводили катетер (UFE 5 Fr), катетеризировали контралатеральную общую, а затем внутреннюю подвздошную артерию, выполняли ПДКТ для поиска простатической артерии и выбора оптимальной проекции для ее визуализации. Далее микрокатетером на микропроводнике выполняли суперселективную катетеризацию простатической артерии и ее эмболизацию сферическим эмболизационным материалом размером 400 мкм до редукции кровотока по дистальным отделам артерии. Точность катетеризации простатической артерии и наличие «опасных» анастомозов оценивали с помощью ПДКТ перед эмболизацией. Аналогичные действия проводили на противоположной стороне. При наличии анастомозов с соседними артериальными бассейнами органов малого таза производили их разобщение с помощью спиральной эмболизации либо суперселективной эмболизации ветвей простатической артерии, не имеющих анастомозы. Оценку эффективности лечебной эмболизации проводили по 5 параметрам: объему предстательной железы, уровню ПСА, объему остаточной мочи, международной шкале оценки простатических симптомов (IPSS) и качества жизни (QoL), а также по количеству интра- и послеоперационных осложнений, количеству использованного контрастного вещества, общему и рентгеновскому времени процедуры и дозе излучения. Эффективность лечения оценивали через 3, 6, 12 месяцев после эмболизации.

Результаты. В течение 6–12 месяцев наблюдения объем предстательной железы уменьшился на 45 %, объем остаточной мочи — на 56 %, уровень ПСА — на 42 %, IPSS и QoL увеличились до удовлетворительных значений на 58 и 39 % соответственно. Отмечено, что необходимый объем контрастного вещества и общее время процедуры практически не различались у больных 1-й и 2-й групп. Время флюороскопии оказалось меньше у пациентов 1-й группы (26 мин против 31 мин во 2-й группе), эффективная доза оказалась значительно выше в 1-й группе (204,87 мЗв против 112,44 мЗв).

Заключение. Эмболизация артерий простаты с интраоперационным контролем ПДКТ является перспективным, эффективным и безопасным малоинвазивным методом лечения ДГПЖ при неэффективности консервативной терапии. Проведение ПДКТ позволяет убедиться в правильности выбора артерии для эмболизации, вовремя обнаружить «опасные» анастомозы простатической артерии, избежать нецелевую эмболизацию и, как следствие, уменьшить количество осложнений и улучшить результаты ЭАП. Данный метод лечения позволяет в течение 3–6 месяцев значительно уменьшить объем предстательной железы, нормализовать акт мочеиспускания и улучшить качество жизни. Перспективным использование ЭАП представляется у пациентов с выраженной сопутствующей патологией и высоким анестезиологическим риском, большим объемом предстательной железы и, как следствие, в случае невозможности выполнения ТУР, у больных с цистостомой и сохранной функцией детрузора, у пациентов молодого возраста и желающих сохранить репродуктивную функцию.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПЕРЕНOSИМОСТИ СИЛИКОНОВЫХ И ПОЛИУРЕТАНОВЫХ МОЧЕТОЧНИКОВЫХ СТЕНТОВ

© *Н.К. Гаджиев¹, Д.С. Горелов¹, В.М. Обидняк², С.В. Попов², А.О. Иванов¹, Ю.А. Радомский¹, А.А. Мищенко¹, С.Б. Петров¹*

¹ ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава РФ (Санкт-Петербург);

² СПбГБУЗ «Клиническая больница святителя Луки» (Санкт-Петербург)

Актуальность. С момента своего появления в 1978 г. J-стенты являются неотъемлемой составляющей эндоурологии. Ежегодно в США устанавливается около 92 000 мочеточниковых стентов в рамках лечения мочекаменной болезни и обструкции верхних мочевых путей. Однако мочеточниковые стенты не лишены недостатков. Более 80 % пациентов отмечают стент-связанные

симптомы (SRS — stent related symptoms), наиболее значимыми из них являются расстройства мочеиспускания и болевой синдром. Эти симптомы могут значительно снижать качество жизни пациентов (QoL). Для борьбы с SRS применялись различные подходы: использование стентов различной длины (с учетом анатомических особенностей пациента), разные способы установки стентов