

## ***Секция «Внутренние болезни»***

3. Колесников, Г. Ф. Новый способ диагностики кровенаполнения полового члена в норме и больших импотенцией / Г. Ф. Колесников, А. А. Полубелов, Ш. Ш. Хакимов // Материалы 4-го Всесоюзного съезда урологов. – М. : 1990. – С. 520–521.
4. Мазо, Е. Б. Ультразвуковая диагностика васкулогенной эректильной дисфункции / Е. Б. Мазо, А. Р. Зубарев, О. Б. Жуков. – М. : Медицина, 2003. – 112 с.
5. Baert, A. L. Color Doppler US of the Penis / A. L. Baert, M. Knauth, K. Sartor ; ed. M. Bertolotto. – Springer, 2008. – 204 p.
6. Модификация методов эходопплерографической оценки кровообращения полового члена / М. Чалый, Ю. Аляев, В. Григорян [и др.]. – Врач. – 2008. – № 6. – С. 45–48.
7. Измайлов, Р. И. Фармакодопплерография пенильного кровотока в диагностике органической эректильной дисфункции / Р. И Измайлов // Медицинский вестник Башкортостана. – 2011. – Т. 2, № 6. – С. 86–88.

**УДК 616.66-089-073.43:616.137.81**

**О. В. Пархоменко<sup>1,2</sup>**

<sup>1</sup>*Государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека», г. Гомель, Беларусь*

<sup>2</sup>*Учреждение образования  
«Гомельский государственный медицинский университет»,  
г. Гомель, Беларусь*

## **УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА НИЖНЕЙ НАДЧРЕВНОЙ АРТЕРИИ ДЛЯ РЕВАСКУЛЯРИЗИЗУЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА**

### ***Введение***

В современной практике андрологической и сосудистой хирургии нижняя надчревная артерия (a. epigastrica inferior) рассматривается как один из основных донорских сосудов при проведении реваскуляризующих операций на артериях и глубокой дорсальной вене полового члена (ПЧ) [1, 2, 3]. Ее использование обусловлено оптимальным сочетанием анатомических и функциональных характеристик, включая удобную топографию, достаточный диаметр просвета, достаточную скорость кровотока и низкий риск осложнений при хирургической мобилизации.

Данная артерия является ветвью наружной подвздошной артерии, отходящей от ее передней поверхности несколько выше паховой связки. Она направляется вверх и медиально, проходя по задней поверхности передней брюшной стенки, между брюшиной и поперечной фасцией, что обеспечивает ее хорошую доступность во время оперативного вмешательства. Артерия сопровождается одноименной веной и входит в состав позадимышечного пространства, что дополнительно облегчает ее выделение [4].

У взрослых мужчин диаметр нижней надчревной артерии обычно составляет 1.5–2.0 мм, что достаточно для формирования эпигастро-пенильного анастомоза. Кровоток в сосуде обеспечивает полноценную перфузию, необходимую для восстановления эректильной функции при артериогенной эректильной дисфункции (ЭД).

Одним из главных преимуществ этой артерии является небольшое количество ветвей, что снижает риск повреждения при ее выделении и минимизирует интраоперационную кровопотерю. Кроме того, прямая анатомическая траектория артерии позволяет легко транспонировать ее к половому члену без перегибов и натяжения, что важно для сохранения проходимости анастомоза.

## *Секция «Внутренние болезни»*

На сегодняшний день наиболее распространенным способом мобилизации нижней надчревной артерии остается открытый хирургический доступ, обеспечивающий надежную визуализацию, контроль целостности сосуда, точную оценку его длины, диаметра и анатомических особенностей, а также исключение возможных аномалий или патологических изменений.

Использование нижней надчревной артерии в андрологической практике особенно эффективно при лечении васкулогенной формы эректильной дисфункции, связанной с нарушением артериального притока к кавернозным телам. Формирование анастомоза между а. epigastrica inferior и дорсальной артерией ПЧ позволяет восстановить артериальное кровоснабжение, улучшить гемодинамику и существенно повысить качество жизни пациента.

### ***Цель***

Проведение ультразвукового исследования нижней надчревной артерии с целью ее последующего применения при формировании эпигастро-пенильного анастомоза у пациентов, страдающих артериогенной формой эректильной дисфункции.

### ***Материалы и методы исследования***

Предоперационно всем планируемым пациентам на открытую реваскуляризацию ПЧ выполнялось ультразвуковое сканирование указанной артерии с последующей томографической маркировкой ее проекции на переднюю брюшную стенку. Визуализация нижней надчревной артерии является важным этапом предоперационного обследования у пациентов с артериогенной ЭД, поскольку дает возможность оценить ее важные параметры: длину, диаметр, скорость кровотока, проходимость, глубину залегания, наличие атеросклеротических и стеноокклюзирующих изменений. Это обусловлено тем, что нижняя надчревная артерия подвержена в равной степени, как и артерии ПЧ атеросклотическому поражению. Недиагностированные атеросклеротические изменения в артерии в последующем могут быть причиной недостаточной артериальной перфузии в эпигастро-пенильном анастомозе либо привести к его тромбозу.

### ***Результаты исследования и их обсуждение***

Было выполнено 13 операций реваскуляризации ПЧ с использованием предоперационной диагностики нижней надчревной артерии. Ее диаметр в области устья в среднем составил 2,5–3,0 мм, в области дистального ее конца – 1,5 мм. Максимальная скорость кровотока в артерии в состоянии покоя составила 20–25 см/с. Указанные особенности нижней надчревной артерии позволили использовать ее в качестве донорской при bypass операциях на ПЧ.

После проведении операции, при гистологическом исследовании, было установлено, что нижняя надчревная артерия представлена как артерия мышечно-эластического типа. Внутренняя оболочка артерии состояла из уплощенного эндотелия, расположенного на базальной мембране, слабовыраженного субэндотelialного слоя и внутренней эластической мембранны, а у некоторых пациентов определялось наличие атеросклеротических бляшек на стадии атероматоза, суживающей просвет сосуда до 1/3.

### ***Выводы***

Предоперационное ультразвуковое исследование нижней надчревной артерии как донорской очень важно, так как при выявлении в артериях с обеих сторон выраженных атеросклеротических изменений, эти сосуды не будут использованы при реконструктивных операциях. В случае же выявления поражения нижней надчрев-

## *Секция «Внутренние болезни»*

ной артерии с минимальными атеросклеротическими изменениями или определения стеноокклюзионных поражений с одной стороны, это будет учитываться при выборе стороны реваскуляризации. Таким образом, в настоящее время нижняя надчревная артерия является «идеальной» артерией для выполнения bypass операций при реваскуляризации ПЧ в случае артериогенной ЭД. А такой подход позволяет значительно улучшить результаты хирургического вмешательства при артериогенной эректильной дисфункции.

### **СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Реваскуляризация полового члена с использованием лапароскопической методики забора нижней эпигастральной артерии / П. С. Кызласов, А. Н. Абдулхамидов, В. П. Сергеев [и др.] // Урология. – 2017. – № 3. – С. 84–85.
2. Epidemiology of Sexual Dysfunction in Iran: A Systematic Review and Meta-analysis / M. A. Ramezani, K. Ahmadi, A. Ghaemmaghami [et al] // Int. J. Prev. Med. – 2015. – V. 20. – № 6. – P. 43–50.
3. Babaei, A. R. Penile Revascularization for Erectile Dysfunction. A Systematic review and meta-Analysis of Effectiveness and Complications / A. R. Babaei, M. R. Safarinejad, A. A. Kolahi // Urology Journal. –2009. – P. 1–7.
4. Сапин, М. Р. Анатомия человека : в 2 кн. / М. Р. Сапин. – Изд. 4-е, перераб. и доп. – М. : ОНИКС 21 век: Мир и Образование, 2002. – Кн. 2 : Внутренние органы (мочеполовой аппарат). Системы обеспечения (эндокринная, сосудистая, иммунная, нервная системы, органы чувств). – 431 с.

**УДК 612.1.8+617.7**

**Ю. И. Рожко, А. Г. Юрковец, Н. А. Иванович**

*Государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека», г. Гомель, Беларусь*

### **ОЦЕНКА КАЧЕСТВА СНА У ПАЦИЕНТОВ С ГЛАУКОМОЙ**

#### ***Введение***

Повышенное внутриглазное давление (ВГД) является основным фактором риска развития глаукомы. Пик ВГД возникает в ночное время из-за положения головы и тела во время сна. Установлено, что увеличение ВГД может быть до 4 мм рт.ст. у пациентов с глаукомой после перехода от сидения к лежачему положению. Национальное обследование здоровья в США продемонстрировало, что распространенность глаукомы была самой низкой среди людей, которые спали в течение 7 часов в сутки, и самой высокой среди тех, кто спали меньше 3 часов или больше 10 часов в сутки [1].

Плохие параметры сна могут быть фактором риска или следствием глаукомы [2]. Ученые выявили связь между глаукомой и аномальной продолжительностью сна, латентностью сна и дневной дисфункцией. Анализ с учетом сопутствующих заболеваний, образа жизни и социально-демографических факторов показал, что храп повышает риск глаукомы на 4 %, а хроническая бессонница – на 12 %. Ощущение сонливости в дневное время оказалось связано с повышением вероятности глаукомы на 20 %, а слишком короткий или длительный сон – на 8 % [3].

Качество сна представляет собой комплексный феномен, на который влияют такие показатели, как его длительность, время засыпания, количество пробуждений за ночь, время отхода ко сну и время пробуждения, структура и эффективность сна.

#### ***Цель***

Оценить качество сна у пациентов с первичной открытоугольной глаукомой (ПОУГ) с использованием Питтсбургского опросника для определения индекса качества сна.