

Полученные данные свидетельствуют о плохом контроле АД пациентами на амбулаторном этапе, что значительно повышает риск формирования осложнений, в том числе крайне неблагоприятных, что требует существенной работы по разъяснению пациентам необходимости постоянного самоконтроля.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Проблемы недостаточного контроля целевого уровня артериального давления в амбулаторной практике / В. Н. Ларина, Е. В. Федорова, М. П. Михайлусова, М. Г. Головки // Терапевтический архив. – 2021. – Т. 93, № 1. – С. 7–14.
2. Ощепкова, Е. В. Оценка качества обследования больных артериальной гипертензией в первичном звене здравоохранения (по данным российского Регистра артериальной гипертензии) / Е. В. Ощепкова, Н. В. Лазарева, И. Е. Чазова // Системные гипертензии. – 2017. – Т. 14, № 2. – С. 29–34.
3. Коваленко, Е. В. Особенности течения сердечной недостаточности и возможности прогнозирования неблагоприятных исходов у больных сердечно-сосудистой патологией, сахарным диабетом 2 типа и хронической болезнью почек / Е. В. Коваленко, Л. И. Маркова, О. Л. Белая // Международный журнал сердца и сосудистых заболеваний. – 2023. – № 39. – С. 17–34.

УДК 616.137.75-052-073.43

О. В. Пархоменко^{1,2}

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

²*Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»,
г. Гомель, Беларусь*

ТРАНСПЕРИНЕАЛЬНОЕ УЛЬТРАЗВУКОВОЕ СКАНИРОВАНИЕ ВНУТРЕННИХ ПОЛОВЫХ АРТЕРИЙ

Введение

Среди причин органической эректильной дисфункции сосудистые нарушения составляют около 70 %, при этом артериогенные факторы ответственны за 60–80 % всех случаев. В 90 % случаев стеноокклюзивное поражение артерий полового члена связано с атеросклерозом. Стенозы и окклюзии в бассейне внутренней половой артерии приводят к снижению артериального притока к половому члену, что становится причиной развития эректильной дисфункции [1, 2, 3].

На сегодняшний день основным методом визуализации сосудов полового члена при эректильной дисфункции является ультразвуковое исследование, проводимое в В-режиме и с применением цветного доплеровского картирования. УЗИ позволяет получить данные о венозном и артериальном кровотоке в половом члене, однако охватывает лишь терминальные ветви внутренних половых артерий – а. penis profunda и а. dorsalis penis – и не дает информации о гемодинамике в самих внутренних половых артериях, которые играют ключевую роль в обеспечении эрекции [4, 5, 6, 7].

Внутренние половые артерии расположены глубоко в полости малого таза, что делает их труднодоступными для визуализации при стандартных УЗИ-методах. Учитывая их анатомическое положение, была предпринята попытка визуализации этих сосудов с использованием трансперинеального ультразвукового доступа. Полученные данные представляются значимыми для выбора оптимальной диагностической и лечебной тактики при артериогенной эректильной дисфункции.

Цель исследования

Оценить диагностическую и практическую значимость трансперинеального ультразвукового исследования внутренних половых артерий у пациентов с артериогенной эректильной дисфункцией.

Материалы и методы

В исследование были включены 50 здоровых добровольцев мужского пола в возрасте $23,6 \pm 3,4$ года, не имеющих признаков эректильной дисфункции (оценка по шкале МИЭФ-5 – 21–22 балла).

Трансперинеальное УЗИ проводилось в В-режиме и доплерографическом режиме в сагиттальной и фронтальной проекциях. Для топографической локализации внутренних половых артерий после их выхода из малого таза использовалась условная линия, соединяющая крайние наружные точки линии биспинарум (линии между седалищными буграми) с нижней точкой, соответствующей проекции луковицы спонгиозного тела полового члена по средней вертикальной оси.

Исследование выполнялось в состояниях детумесценции и тумесценции с интракавернозным введением простагландина E1 в дозе до 7,5 мкг. Использовались аппараты: VOLUSON 730 (GE) и ACCUVIX-V10 (Samsung Medison), линейный датчик 8–12 МГц. Оценивались следующие параметры: линейная скорость кровотока, диаметр, ход, просвет, тип кровотока (магистральный, измененный магистральный, коллатеральный), наличие стенозов и окклюзий, глубина залегания артерии, ее протяженность в промежностной области, а также реакция сосуда на фармакологическую стимуляцию – расширение и выпрямление.

Результаты исследования и их обсуждение

Для оценки диагностической ценности метода результаты трансперинеального УЗИ сопоставлялись с данными мультиспиральной контрастной ангиографии артерий малого таза, выполненной с использованием технологий volume rendering и 3D MIP. У всех обследованных мужчин было зафиксировано полное совпадение результатов двух методов.

До фармакологической пробы диаметр артерии составлял 1,3–1,8 мм, линейная скорость кровотока – 18–31 см/с, длина – 1,6–3,3 см. У 96,7 % пациентов артерия имела прямолинейный ход, у 100 % – проходимый просвет и магистральный тип кровотока. После введения вазоактивного препарата диаметр увеличивался до 1,7–2,0 мм, скорость кровотока – до 35–52 см/с, длина – до 2,5–3,5 см. У всех участников сохранялся магистральный тип кровотока и проходимость просвета.

Выводы

Таким образом, трансперинеальное ультразвуковое исследование внутренних половых артерий позволяет получить ценные морфометрические и гемодинамические данные до и после фармакологической стимуляции, дополняя стандартное УЗИ полового члена и расширяя возможности диагностики артериогенной эректильной дисфункции.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Андрология. Мужское здоровье и дисфункция репродуктивной системы : пер.с англ. / под ред. Э. Нишлаг, Г. М. Бере. – М. : ООО Медицинские информационное агентство, 2005. – 554 с.
2. Tikko, H. K. The defeat of the internal iliac artery, restoring its permeability and sexual function / H. K. Tikko, Je. O. Tjunder, K. A. Pyder // Actual problems of surgery, Tartu. – 1971. – P. 105–107.

Секция «Внутренние болезни»

3. Колесников, Г. Ф. Новый способ диагностики кровенаполнения полового члена в норме и больных 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 эходоплерографической оценки кровообращения полового члена / М. Чалый, Ю. Аляев, В. Григорян [и др.]. – Врач. – 2008. – № 6. – С. 45–48.
7. Измайлов, Р. И. Фармакодуплерография 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^{1,2}

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

²*Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»,
г. Гомель, Беларусь*

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА НИЖНЕЙ НАДЧРЕВНОЙ АРТЕРИИ ДЛЯ РЕВАСКУЛЯРИЗИРУЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА

Введение

В современной практике андрологической и сосудистой хирургии нижняя надчревная артерия (а. epigastrica inferior) рассматривается как один из основных донорских сосудов при проведении реваскуляризирующих 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 эпигастрико-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.