

Цель: улучшение диагностики артериогенной эректильной дисфункции путем внедрения в клиническую практику инновационного метода — динамической мультиспиральной компьютерной контрастной ангиографии малого таза для 3D-визуализации стенозо-окклюзионных поражений в бассейне внутренней половой артерии.

Выполнено 100 ДМККА у мужчин с эректильной дисфункцией, из них 30 мужчинам по показаниям была произведена ДЦСА. Произведен анализ 200 тазовых половин.

В нашем исследовании по типу ветвления внутренней половой артерии у пациентов с эректильной дисфункцией и в группе сравнения согласно классификации, Adachi B. и Yamaki K. группа А встретилась в 54% случаев, группа В — 19% случаев, группа С — 19% случаев, группа D — 8%. Чувствительность и специфичность ДМККА в диагностике стенозо-окклюзионных поражений внутренней половой артерии у пациентов с эректильной дисфункцией составила 92% и 72% соответственно. В группе сравнения в 100% случаев отмечалась четкая двусторонняя визуализация внутренних подвздошных артерий, внутренней половой артерии до уровня ее дистальных артерий, включая артерии полового члена. Внутренняя половая артерия у пациентов группы сравнения имела в области устья диаметр 2,8–3 мм, четкие наружные и внутренние контуры, отсутствовали патологические изгибы на промежности, и ее диаметр на промежности составлял 1,2–1,8 мм. Для магистральных сосудов чувствительность ДЦСА в диагностике стенозо-окклюзионных поражений составила 93,1%, а специфичность — 80,0%. Для внутренней половой артерии чувствительность ДЦСА в диагностике стенозо-окклюзионных поражений составила 60,0%, а специфичность — 75,0%. Основной причиной низких диагностических возможностей ДЦСА в диагностике стенозо-окклюзионных поражений внутренней половой артерии явились сложности интерпретации плоскостных изображений в моно- и/или в полипроекционных исследованиях.

Заключение. Стенозо-окклюзионные поражения внутренней половой артерии являются основной причиной развития хронической артериальной недостаточности полового члена, как следствие, артериогенной ЭД. Динамическая КТ-ангиография позволяет оценить симметричность кровоснабжения с обеих сторон и выявить варианты анатомического строения внутренних половых артерий, определить уровень и протяжённость сосудистых поражений и тем самым сформировать персонализированную тактику хирургической коррекции, включая выбор доступа, объёма вмешательства и необходимости комбинированных методов лечения.

При отсутствии диагностической информации о состоянии внутренней половой артерии на всем ее протяжении возникает серьезный недостаток в обследовании пациентов с эректильной дисфункцией артериального генеза.

СПОСОБ МОБИЛИЗАЦИИ НИЖНЕЙ НАДЧРЕВНОЙ АРТЕРИИ ДЛЯ РЕВАСКУЛЯРИЗИЗУЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА

Э.А. Повелица^{1,2}, О.В. Пархоменко^{1,2}, А.М. Шестерня²

¹ГУ «РНПЦ радиационной медицины и экологии человека», г. Гомель, Беларусь;

²УО «Гомельский государственный медицинский университет», г. Гомель, Беларусь

В современной андрологической и сосудистой хирургии нижняя надчревная артерия (*a. epigastrica inferior*) считается основным сосудом, применяемым в качестве донорской артерии при выполнении реваскуляризующих вмешательств на артериях и глубокой вене полового члена (ПЧ). Это обусловлено её анатомической доступностью, достаточным диаметром просвета и кровотоком, что делает её оптимальным выбором для создания эпигастро-пенильного анастомоза.

Широкое применение данной артерии объясняется её топографо-анатомическими преимуществами: она отходит от передней поверхности наружной подвздошной артерии и направляется вверх и медиально по задней поверхности передней брюшной стенки, что обеспечивает удобство её мобилизации и транспозиции. Кроме того, нижняя надчревная артерия имеет небольшое количество ветвей, что снижает риск повреждения при выделении и минимизирует кровопотерю во время операции.

На сегодняшний день основным методом мобилизации нижней надчревной артерии остаётся открытый хирургический доступ, который обеспечивает достаточную визуализацию сосуда, контроль за его целостностью и возможность точной оценки длины и диаметра.

Наиболее часто используется широкий линейный (или Z-образный) паховый доступ, позволяющий вскрыть паховый канал и выделить артерию в пределах её анатомического хода или же широкий парапрекタルный доступ с последующей транспозицией артерии на корень ПЧ.

Цель работы: представление инновационного эндовоидеассистированного способа мобилизации нижней надчревной артерии для последующего её использования при выполнении эпигастро-пенильного анастомоза у пациентов с артериогенной эректильной дисфункцией (ЭД).

Предоперационно всем пациентам — кандидатам на открытую реваскуляризацию ПЧ выполнялось допплерографическое (дуплексное и триплексное) сканирование указанной артерии с последующей топометрической маркировкой её проекции на переднюю брюшную стенку. Методика предложенного способа мобилизации нижней надчревной артерии предполагала её выделение под спинномозговой анестезией из минимального по длине разреза передней брюшной стенки в проекции пахового канала. Осуществлялось вскрытие пахового канала, мобилизация семенного канатика, рассечение поперечной фасции живота и выделение нижней надчревной артерии в области устья. После этого путем инсуфляции углекислого газа CO_2 в предбрюшинную клетчатку для создания препневмoperитонеума при давлении 20-24 мм рт. ст. производилось введение через паховый канал эндоскопа (лапароскопа) фирмы Wolf (ФРГ). Через отдельный прокол мягких тканей передней брюшной стенки, с учетом ультразвуковой предоперационной топометрической маркировки нижней надчревной артерии, вводился дополнительный 5.0 мм порт в предбрюшинное пространство для ультразвукового диссектора, с помощью которого осуществлялась её мобилизация. После максимальной мобилизации нижней надчревной артерии в мезогастральной области через точку введения 5.0 мм порта осуществлялось лигирование её дистального конца и перемещение артерии из предбрюшинной клетчатки в рану паховой области. В последующем, мобилизованная нижняя надчревная артерия была установлена в область корня ПЧ. Предбрюшинное пространство в области мобилизации нижней надчревной артерии дренировалось поливинилхлоридной трубкой с последующей ваккуум аспирацией из раневого канала.

Заключение. Использование нижней надчревной артерии как донорской повышает приток крови к половому члену и улучшает эректильную функцию, что является важным аспектом для пациентов, страдающих ЭД. Было выполнено 13 операций реваскуляризации ПЧ с использованием инновационного эндоскопического способа мобилизации нижней надчревной артерии. Это необходимо для последующего её использования при выполнении эпигастро-пенильного анастомоза у пациентов с артериогенной ЭД. Такой подход позволяет значительно улучшить результаты хирургического вмешательства, минимизируя повреждения окружающих тканей и снижая риск послеоперационных осложнений.

ИНТЕРВЕНЦИОННЫЕ МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ АРТЕРИОГЕННОЙ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ

Э.А. Повелица^{1,2}, О.В. Пархоменко^{1,2}, В.А. Доманцевич^{1,2}

¹ГУ «РНПЦ радиационной медицины и экологии человека», г. Гомель, Беларусь;

²УО «Гомельский государственный медицинский университет», г. Гомель, Беларусь

Основными причинами органической формы эректильной дисфункции (ЭД) остаются сосудистые нарушения, прежде всего — артериальная недостаточность кровоснабжения полового члена, обусловленная снижением притока крови в том числе и по внутренним половым артериям. Традиционно применяемые реконструктивные вмешательства на аорто-подвздошном сегменте, а внутренние половые артерии являются ветвями внутренней подвздошной артерии, несмотря на их эффективность в восстановлении общего кровотока, нередко приводят к ухудшению эректильной функции в послеоперационном периоде. Это связано с тем, что при таких операциях часто происходит выключение внутренних подвздошных артерий из кровообращения, что нарушает перфузию полового члена.

Цель исследования: представление собственного опыта интервенционных методов диагностики и лечения васкулогенных форм эректильной дисфункции.

Выполнено 30 эндоваскулярных интервенций на сосудах малого таза у мужчин с эректильной дисфункцией (ЭД). Из них было выполнено 22 эндоваскулярных интервенций на общей подвздошной артерии с установкой стентов. Двустороннее стентирование было произведено в 3 случаях, одностороннее — в 17 наблюдениях. Трём пациентам из 22 была выполнена двухэтапная комбинированная реваскуляризация полового члена (ПЧ) с наложением вторым этапом эпигастро-пенильного анастомоза. Четырем пациентам из 22 было выполнено селективное стентирование внутренних половых артерий (ВПА) по результатам илиакографии и двоим ангиопластика ВПА.

На этапе предоперационной подготовки всем пациентам было проведено мультиспиральная компьютерная контрастная томографическая (МСКТ) ангиография с целью оценки артериального кровообращения в бассейне внутренней половой артерии (ВПА). Исследование включало визуализацию и анализ проходимости подвздошных артерий, а также внутренней половой артерии с обеих сторон, с определением наличия или отсутствия стенозов и окклюзий.