

КОМПЛЕКСНАЯ УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ВЕНОГЕННОЙ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ

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

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

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

Хронические заболевания вен малого таза и андрогенитальной области (варикоцеле, синдром тазового венозного полнокровия, венообструктивные синдромы) являются частой причиной болевого синдрома и нарушений фертильности у мужчин. До 30% случаев хронической тазовой боли и рецидивного варикоцеле у мужчин связаны с сочетанной патологией венозной системы, включая венообструктивные синдромы (Nutcracker-синдром, синдром Мейя — Тёрнера). Стандартное УЗИ мошонки часто не выявляет истинную причину заболевания, что приводит к неэффективным операциям. «Золотым стандартом» диагностики остаётся ультразвуковое исследование (УЗИ), однако отсутствие унифицированного протокола оценки всего венозного русла ограничивает возможности планирования хирургического лечения.

Цель: оптимизировать алгоритм ультразвуковой диагностики венозной системы у мужчин с подозрением на варикозную болезнь малого таза и венообструктивные синдромы для определения хирургической тактики.

За период 2018–2025 гг. выполнено 180 комплексных УЗИ венозной системы у мужчин. Исследования проводились в состоянии де- и тумесценции полового члена (ПЧ): глубоких и поверхностных вен ПЧ, вен семенного канатика, перипростатических вен (трансректально), магистральных вен забрюшинного пространства (нижней поллой вены (НПВ), левой почечной вены, подвздошных вен). Оценивались морфометрические и гемодинамические параметры.

Патологический венозный рефлюкс различной локализации был выявлен у 120 (66%) пациентов из общего числа обследованных. Гемодинамически значимая компрессия левой почечной вены (аорто-мезентериальный «пинцет») диагностирована у 15 пациентов (12,5%). Компрессия левой подвздошной вены с престенотическим расширением более 14 мм в зоне впадения левой общей подвздошной вены в нижнюю полую вену (синдром Мейя — Тёрнера) были выявлены у 17 пациентов (14%). У 25 пациентов (20,8%) было обнаружено сочетанное поражение одно- и двустороннее варикоцеле, и компрессия подвздошной вены слева, аорто-мезентериальный пинцет и варикозное расширение перипростатических вен), что не было бы выявлено при стандартном УЗИ только вен семенного канатика. У 23 (19%) пациентов было выявлено сочетание варикоцеле с варикозным расширением перипростатических вен. У 40 (33%) пациентов отмечалось увеличение скорости кровотока более 7 см/с в глубокой вене ПЧ после фармакологической интракавернозной пробы без признаков системного тазового варикозного расширения вен и венозной обструкции.

Выводы:

1. Комплексная ультразвуковая оценка венозного пенильного и тазового венозного аппарата позволила обосновать назначение МсКТ-флебографии малого таза и в сочетании с ангиографическим исследованием определить хирургическую тактику и последовательность выполнения хирургических вмешательств (открытые, рентгенэндоваскулярные, гибридные). На основании полученных данных в каждом случае определялась индивидуальная хирургическая тактика
2. Комплексное УЗИ, включающее оценку венозного русла, является обязательным этапом предоперационного планирования у пациентов с патологией вен андрогенитальной области и малого таза. Предложенный протокол позволяет верифицировать уровень и причину венозного полнокровия.
3. Комплексное УЗИ вен андрогенитальной области и забрюшинного пространства повышает выявляемость сочетанных венообструктивных синдромов у мужчин.
4. Трансректальная и трансперинеальная оценка перипростатических и тазовых вен является необходимой для дифференциальной диагностики варикоцеле и синдрома тазового венозного полнокровия.
5. Данный протокол должен стать рутинным при планировании повторных операций по поводу рецидива варикоцеле и у пациентов с хронической тазовой болью неясного генеза.