

Вопрос: Какие еще есть эндоваскулярные методы восстановления просвета при мезентериальном тромбозе?

Ответ: Сейчас в мировой практике эндоваскулярная стратегия (при отсутствии перитонеальных симптомов!) возможна в виде тромболитической терапии, баллонной ангио-

пластики или стентирования. Научные публикации в зарубежных источниках представлены единичными работами на небольшом количественном материале, поэтому точная роль эндоваскулярной стратегии при остром мезентериальном тромбозе пока не определена.

ПРОТОКОЛ ЗАСЕДАНИЯ

от 30 марта 2010 года

Председатель: профессор Ю.Д. Волынский

ВОЗМОЖНОСТИ РЕНТГЕНОЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ ОККЛЮЗИИ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ДРЕНИРУЮЩИХ ВЕН В ЛЕЧЕНИИ ВЕНОГЕННОЙ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ

**И.И. Ситкин, Д.Г. Курбатов, А.Е. Лепетухин,
С.А. Дубский, И.И. Дедов**

*Отделения уроандрологии
и рентгенодиагностики и интервенционной радиологии
ФГУ Эндокринологический научный центр*

У 20–35% пациентов с эректильной дисфункцией (ЭД) основным или сопутствующим симптомом может быть венозная эректильная недостаточность. У молодых мужчин чаще определяется изолированная веногенная ЭД, в то время как у пациентов среднего и старшего возраста чаще есть смешанные – артериовенозные причины.

Веноокклюзивный механизм (ВМ) зависит от целостности и функциональности гладкомышечных волокон и эластичности белочной оболочки (БО). Патологический венозный дренаж (ПВД) относится к дисфункции ВМ – недостаточной компрессии субтуникальных вен БО пениса. Это происходит из-за чрезмерного развития как экстра-, так и интракавернозных вен, несостоятельности расширенных синусоидов, потери эластичности собственной БО, фиброза и дегенерации интракавернозной гладкой мускулатуры, недостатка нейромедиаторов.

Но ПВД может быть и самостоятельной причиной венозной ЭД. Известно, что тактика лечения больных с веногенной ЭД зависит от вы-

раженности и характера сосудистых нарушений. Традиционно применяют ингибиторы ФДЭ-5, вакуум-констрикторы либо оперативное лечение.

Принцип последнего состоит в ограничении венозного оттока от кавернозных тел за счет максимально возможной перевязки вен, дренирующих половой член.

Отдаленные результаты таких вмешательств, к сожалению, весьма неутешительные. По данным различных авторов эффективность операции вен через год не превышает 40%, так как вместо лигированных во время ее проведения в процесс патологического венозного оттока вовлекаются новые коллатерали.

Таким образом, цель этого исследования – эффективность альтернативной методики лечения больных с веногенной ЭД: антеградной флебосклерозмболизации кавернозных и вен перипростатического сплетения.

Вмешательство проводилось под местной анестезией, хирург-уролог выделял глубокую дорсальную вену полового члена, далее под прямым визуальным контролем выполнялась

ее пункция. После этого по проводнику катетер устанавливали в месте конfluence вен, участвовавших в оттоке крови от полового члена. После этого проводили рентгеноэндovasкулярную окклюзию заинтересованных вен путем введения 3%-ного склерозирующего препарата. После контрольных флебограмм катетер удаляли, послеоперационную рану ушивали и накладывали асептическую повязку. По данной методике были пролечены 12 пациентов с веногенной ЭД. Средний возраст больных – 26 лет. У всех пациентов рентгенологически (кавернозография) был накануне вмешательства выявлен веногенный тип ЭД. Также перед операцией всем больным проведено дуплексное сканирование вен полового члена.

Затем на 3-й день и через 3 месяца после вмешательства выполнено УЗИ вен полового члена с оценкой кровотока до и после введения папаверина. Также была использована шкала МИЭФ (международный индекс эректильной функции). В этом опроснике есть анкета, содержащая 15 вопросов, ответы на которые оцениваются по 5- или 6-балльной шкале.

По разделам опросника МИЭФ анализируют степень эректильной функции. При сумме 1–10 баллов ЭД определяется как тяжелая,

11–16 – средней тяжести, 17–30 – легкая. Таким образом, по данным доплерометрии средние показатели венозного оттока после вмешательства составили 10 см/с (18 см/с до него), а средние значения индекса МИЭФ возросли до 25 баллов (7,3 балла до операции). Все пациенты отметили значительное улучшение эрекции.

Таким образом, опыт проведенных вмешательств позволяет говорить о высокой эффективности рентгеноэндovasкулярной коррекции при веноокклюзивной эректильной дисфункции. Это малоинвазивный, эффективный и безопасный альтернативный метод традиционного лечения больных с веногенной эректильной дисфункцией.

Вопрос: Проводилось ли контрольное УЗИ после операции?

Ответ: Да, на 3-й день после вмешательства и через 3 месяца после.

Вопрос: Что такое шкала МИЭФ?

Ответ: Это опросник с анкетой, содержащей 15 вопросов, ответы на которые оцениваются по 5- или 6-балльной шкале. По его разделам анализируется информация, включающая данные об эректильной функции. Сумма баллов от 1–10 – ЭД тяжелой степени, 11–16 – средней тяжести, 17–30 – легкая ЭД.



МУЛЬТИСПИРАЛЬНАЯ КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ. АТЛАС

С.К. Терновой, И.Ю. Насникова, С.П. Морозов

М.: «Реал Тайм», 2009, 56 с.: ил.

ISBN 978-5-903025-23-7

В атласе в краткой и наглядной форме представлены подходы к проведению КТ-ангиографии коронарных артерий. Рассматриваются нормальная анатомия коронарных артерий, методика проведения КТ-коронарографии, протоколы введения контрастных средств, интерпретация результатов исследования. В сжатой форме описывается роль и место КТ-ангиографии в обследовании пациентов с коронарным атеросклерозом, дана оценка результатов оперативного лечения ИБС.

В издании обобщен опыт ФГУ «Центральная клиническая больница с поликлиникой» Управления делами президента РФ и Российского кардиологического научно-производственного центра Росздрава. Монография рассчитана на лучевых диагностов, кардиологов, кардиохирургов, рентгеноэндovasкулярных хирургов и врачей других специальностей, интересующихся проблемой диагностики коронарного атеросклероза и ИБС.

