



АССОЦИАЦИЯ СОСУДИСТЫХ УРОЛОГОВ И РЕПРОДУКТОЛОГОВ

ПРИГЛАШАЕМ ПРИНЯТЬ УЧАСТИЕ В УНИКАЛЬНОМ ПРОЕКТЕ

# ХI-я Школа с хирургическим мастер-классом «МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЕ КОМПЕТЕНЦИИ ВРАЧА В АНГИОРЕПРОДУКТОЛОГИИ В ЭРУ НАЦИОНАЛЬНЫХ ГАЙДЛАЙНОВ»

ОРГАНИЗАТОРЫ:



Ассоциация  
сосудистых  
урологов и  
репродуктологов



ФГАУ ВО  
«Российский  
университет  
дружбы народов»



ГБУЗ  
«Городская  
больница №1  
им. Н.И. Пирогова»



Департамент  
здравоохранения  
города Севастополя

## НАУЧНАЯ ПРОГРАММА И ТЕЗИСЫ ДОКЛАДОВ

16.05.2024

17.05.2024

г. Севастополь, ул. Адмирала Октябрьского, 19, ГБУЗ городская больница № 1 им. Н.И. Пирогова



## **О. Б. Жуков**

*Президент Ассоциации сосудистых урологов и репродуктологов, член-корр. РАЕН, к.м.н. доцент кафедры эндоурологии ФНМО МИ ФГАОУ ВО РУДН, почетный профессор Национального научного онкологического центра МЗ РК, председатель программного комитета конференции «Клинические рекомендации в сосудистой урологии и репродуктологии», член междисциплинарной группы экспертов Национальных клинических рекомендаций МЗ РФ 2019 «Мужское бесплодие», член РОУ, РОРР, РАРЧ, ESR, ESUR, EAU, ESHI, ISSVA, ESHRE*

### ***Дорогие друзья, коллеги, гости!***

*Ассоциация сосудистых урологов и репродуктологов, лучшая профессиональная медицинская ассоциация 2022 года по данным РОССТАТА приглашает принять участие в официальном научно-практическом мероприятии МЗ РК, Департамента Здравоохранения города-героя Севастополя **XI школе АСУР с хирургическим мастер-классом «Междисциплинарные компетенции врача в ангиорепродуктологии в эру национальных гайдлайнов».***

*Место проведения – **г. Севастополь, ул. Адмирала Октябрьского, дом 19, Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Севастополя «Городская больница №1 им. Н. И. Пирогова»***

*Даты проведения: **16.05.2024 — 17.05.2024***

*В дни конференции, кроме инновационных, впервые демонстрируемых докладов Российских и международных опинион-лидеров будут проведены показательные лапароскопические операции с гибридным сосудистым и перитонеальным доступом на верхних и нижних мочевых путях, рентгенэндоваскулярные симультанные операции на органах репродуктивной систем мужчин и женщин. Ведущие ученые в области интервенционной радиологии, урологии-андрологии, акушерства-гинекологии, представят свои актуальные, междисциплинарные научно-обоснованные, практически значимые разработки в области сохранения репродуктивного здоровья населения. Эксперты в области Национальных клинических рекомендаций в интерактивном режиме познакомят слушателей с современными протоколами ведения больных и критериями оценки качества медицинской помощи в смежных вопросах сосудистой репродуктологии. В рамках школы будет проведена презентация наших новых учебных пособий 2024 г.*

***18 мая 2024 года** на бизнес-площадке Luciano Wellness & SPA Foros (адрес: Республика Крым, г. Ялта, пгт. Форос, Форосский спуск, здание 1Д, стр. 1) будет проведено цикловое совещание с ведущими руководителями клиник ВРТ, специалистами врачами репродуктологами и производителями оборудования под эгидой Торгово-*

*промышленной палаты РФ «Успешная частная практика и инвестиционная привлекательность медицинского бизнеса в области вспомогательных репродуктивных технологий для решения национальных демографических задач».*

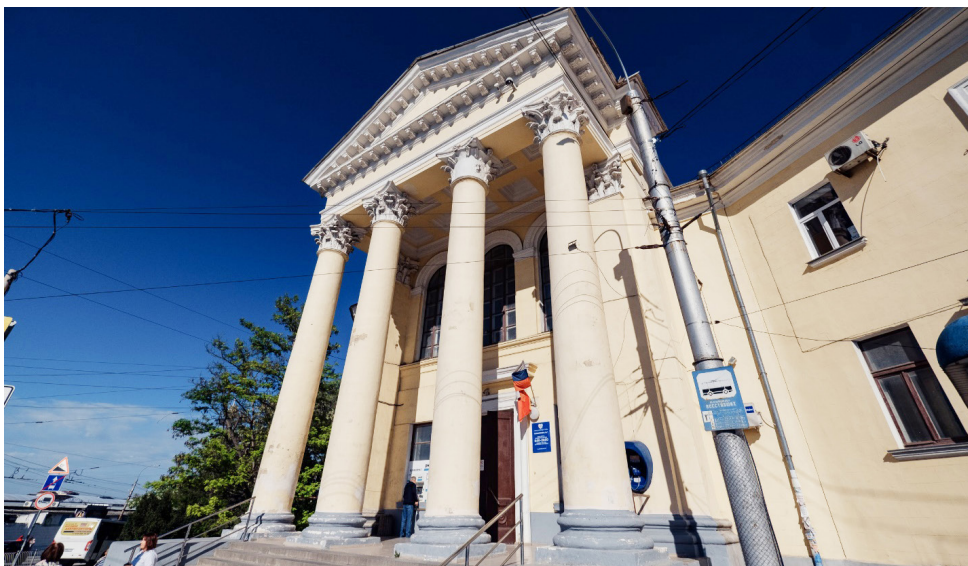
*XI школа будут проходить на базе ГБУ «Городская больница №1 им. Н.И. Пирогова», при поддержке Департамента здравоохранения г. Севастополя, Министерства здравоохранения Республики Крым, Медицинской академии имени С. И. Георгиевского ФГАОУ ВО «КФУ им. В. И. Вернадского» и крупнейшего в Российской Федерации Российского университета дружбы народов. Подобная школа с хирургическим мастер-классом проводится в седьмой раз в регионе и состоится при поддержке и участии ведущих российских врачебных ассоциаций РОУ, РОРР, РНИОК, «Ассоциации врачи Севастополя», «Ассоциации урологов Крыма» при поддержке ведущих российских и региональных информационных партнеров.*

*Формат мероприятия – гибридный: он-лайн, и оф-лайн.*

*До встречи в Севастополе весной 2024 года !*

*С нетерпением ждем Вас!*

*Президент АСУР Жуков О.Б.  
организатор конгресса АСУР,  
руководитель Программного комитета*



## ОРГАНИЗАТОРЫ:



Ассоциация  
сосудистых  
урологов и  
репродуктологов



ГБУЗ  
«Городская  
больница №1  
им. Н.И. Пирогова»



Ассоциация  
врачей  
Севастополя



ФГАОУ ВО  
«Российский  
университет  
дружбы  
народов»

## ПРИ ПОДДЕРЖКЕ:



Департамент  
здравоохранения  
города  
Севастополя



Министерство  
здравоохранения  
Республики Крым



Медицинская  
академия им.  
С.И. Георгиевского



Российское  
общество  
урологов

## СООРГАНИЗАТОРЫ:



Российское общество  
рентгенологов  
и радиологов



РНО специалистов  
по рентгэндовас-  
кулярной диагностике  
и лечению



Ассоциация  
урологов  
Республики  
Крым

## ПРИ УЧАСТИИ



European  
Society  
of  
Urogenital  
radiology



European Society  
of Human  
Reproduction and  
Embryology



Marmara  
University



ГБУЗ Владимирской  
области  
«Александровская  
районная больница»



АО «МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ»  
ПОЛИКЛИНИКА №2  
им. СЕМАШКО  
*Традиции, достойные доброты*



Московский  
политехнический  
университет



МЕЖДУНАРОДНЫЙ  
ЦЕНТР АНДРОЛОГИИ

ПЛАСТИС-М

## ИНФОРМАЦИОННЫЕ ПАРТНЕРЫ:



КрымМедИнформ  
крыммединформ.рф



АБВ  
ПРЕСС  
ИЗДАТЕЛЬСКИЙ ДОМ



Крымское  
информационное  
агентство

ЖУРНАЛ  
«МЕДИЦИНА КРЫМА»



# НАУЧНАЯ ПРОГРАММА

## XI школы АСУР с хирургическим мастер-классом:

### «Междисциплинарные компетенции врача в ангиорепродуктологии в эру национальных гайдлайнов»

ГБУЗ Севастополя Городская больница № 1 им Н.И. Пирогова  
16–17 мая 2024 г.

16 мая 2024 года

10.00-10.15

Торжественная церемония открытия конференции  
С приветствием выступят



*Президент Ассоциации сосудистых урологов и репродуктологов, член-корр. РАЕН, доцент кафедры эндоурологии ФНМО МИ ФГАОУ ВО РУДН. Председатель программного комитета конференции «Междисциплинарные вопросы и современные технологии сохранения репродуктивного здоровья», член междисциплинарной группы экспертов Национальных клинических рекомендаций МЗ РФ 2019 «Мужское бесплодие», к.м.н.*

**Жуков Олег Борисович**



*Председатель Российского научного общества специалистов по рентгенэндоваскулярной диагностике и лечению, заместитель директора по науке и инновационным технологиям ФГБУ «Института хирургии им. А. В. Вишневского», д.м.н., профессор, академик РАН*

**Алекян Баграт Гегамович**



*Президент Российского общества рентгенологов и радиологов, д.м.н., профессор*

**Валентин Евгеньевич Синецын**



*Главный врач ГБУЗ «Городская больница № 1 им. Н. И. Пирогова. Председатель оргкомитета конференции «Междисциплинарные вопросы и современные технологии сохранения репродуктивного здоровья», член научного комитета школы*

**Коситченков Андрей Александрович**



*Президент Региональной общественной организации «Ассоциация врачей Севастополя», сопредседатель оргкомитета конференции «Междисциплинарные вопросы и современные технологии сохранения репродуктивного здоровья», член научного комитета школы, к.м.н.*

**Кузнецов Владимир Викторович**

---



*Генеральный директор компании «Раймед» Центра эндохирургии и литотрипсии (АО «ЦЭЛТ»)*

**Раджив Кумар**

---



*Профессор кафедры урологии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета имени акад. И. П. Павлова МЗ России, заместитель председателя Санкт-Петербургского научного общества урологов им. С. П. Федорова, член профильной комиссии Министерства здравоохранения РФ по специальности «Урология», председатель комитета по работе с членами Европейской Ассоциации Урологов, д.м.н.*

**Корнеев Игорь Алексеевич**

---



*Профессор, директор клиники, руководитель Международного детского андрологического центра*

**Матар Асаад Ахмадович**

---



## ВЕДУЩИЕ СПИКЕРЫ

### XI Школы АСУР с хирургическим мастер-классом

### «Междисциплинарные компетенции врача в ангиорепродуктологии в эру национальных гайдлайнов»



*Заведующий отделом рентгенэндоваскулярных методов диагностики и лечения ФГБУ Гематологический научный центр Министерства здравоохранения РФ, ведущий хирург школ АСУР, член научного комитета Школы «Междисциплинарное мнение в сосудистой урологии и репродуктологии», к.м.н.*

**Васильев Александр Эдуардович**



*Доцент кафедры, заведующий хирургическим онкоурологическим отделением ФГБУ «НИИ онкологии им. Н. Н. Петрова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург, ведущий хирург школ АСУР, член научного комитета школы « Междисциплинарные вопросы и современные технологии сохранения репродуктивного здоровья», к.м.н.*

**Александр Константинович Носов**



*Врач эндокринолог-андролог, с.н.с. лаборатории эндокринологии ФГБНУ «Федеральный исследовательский центр фундаментальной и трансляционной медицины», ООО «Новосибирский центр репродуктивной медицины» группа компаний «Мать и дитя», к.м.н.*

**Епанчинцева Елена Александровна**



*к.м.н., врач рентгенэндоваскулярных методов диагностики и лечения высшей категории, ФГКУЗ «Главный военный клинический госпиталь войск национальной гвардии Российской Федерации»*

**Цыганков Владимир Николаевич**



*Профессор кафедры Гуманитарные дисциплины Московского политехнического университета, практический психолог, доктор философских наук, профессор*

**Сафьянов Владимир Иннокентьевич**



*Фармакологический факультет Университета Мармара,  
клинический фармаколог MD, кафедра фармакогнозии (Marmara  
University Faculty of Pharmacy, Department of Pharmacognosy),  
Стамбул, Турецкая Республика*

**Мелек Улусойлу-Думлу (Melek Ulusoylu-Dumlu)**



*д.б.н., НИИ физико-химической биологии им. А. Н. Белозерского  
МГУ, ФГБНУ Медико-генетический научный центр МЗ РФ*

**Брагина Елизавета Ефимовна**



*детский хирург, руководитель Первого центра «Гемангиома»  
г. Москва*

**Сафин Динар Адхамович**



*Заведующий отделением рентгенэндоваскулярных методов  
диагностики и лечения ГБУЗ Владимирской области  
«Александровская больница»*

**Круг Сергей Викторович**



*Врач уролог-андролог, д.м.н., профессор кафедры урологии  
и оперативной нефрологии с курсом онкоурологии  
Медицинского института РУДН*

**Епифанова Майя Владимировна**



*Доцент кафедры урологии ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава РФ,  
детский уролог-андролог высшей категории, к.м.н.*

**Лебедев Дмитрий Анатольевич**

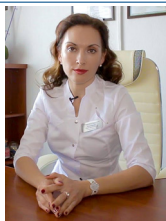
---





*Врач-онкоуролог высшей категории Национального научного центра онкологии и трансплантологии Республики Казахстан, г. Астана, д.м.н., профессор*

**Жанабай Дербесенович Жумагазин**



*Заведующая отделением гинекологии ГБУЗ «Городская больница №1 им. Н. И. Пирогова», врач акушер-гинеколог высшей категории*

**Белоглазова Стелла Анатольевна**



*к.м.н., заведующий отделением рентгенохирургических методов диагностики и лечения Медико-санитарной части ФГАУ ВО «Казанский (Приволжский) Федеральный Университет»*

**Шарафутдинов Булат Марсович**



*Ведущий научный сотрудник ФГАУ «НМИЦ нейрохирургии имени академика Н.Н. Бурденко» МЗ РФ, врач-эндокринолог, д.м.н., профессор*

**Астафьева Людмила Игоревна**



*д.м.н., заведующий лабораторией генетики и нарушений репродукции, профессор кафедры молекулярной и клеточной генетики Медико-биологического факультета ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н. И. Пирогова» МЗ РФ*

**Черных Вячеслав Борисович**



*Врач рентгенохирургических методов диагностики и лечения, заведующий отделением кардиологии, ГБУЗ Владимирской области «Александровская районная больница»*

**Аннаоразов Гванч Тачмырадович**



*Заведующий отделением рентгенхирургических методов диагностики и лечения. МГОД г. Балашиха*

**Извеков Михаил Павлович**



*Руководитель регионального сосудистого центра. врач рентгенохирургических методов диагностики и лечения, врач высшей категории, клиника ЦЭЛТ*

**Деркач Владислав Валерьевич**



*д.м.н., профессор, Международный детский андрологический центр на Коровинском шоссе*

**Тарусин Дмитрий Игоревич**



*Заведующий отделением рентгенхирургических методов диагностики и лечения, 1 ГКБ г. Севастополь*

**Токарев Олег Анатольевич**



*Врач уролог, Кафедра урологии ЦОЛИУВ, Больница им С.П Боткина*

**Федоренков Савелий Владимирович**



*Председатель общественного объединения Республики Казахстан «Мужское здоровье» д.м.н., проф., заведующий кафедрой урологии, андрологии и сексопатологии АГИУВ (КазМУНО)*

**Шалекенов Булат Уахитович**

---

# Научная программа

## XI Школы АСУР с хирургическим мастер-классом

### «Междисциплинарные компетенции врача в ангиорепродуктологии в эру национальных гайдлайнов»

ГБУЗ Севастополя Городская больница №1 им. Н.И. Пирогова

16 мая 2024 года

ВРЕМЯ	ФОРМАТ ПРОВЕДЕНИЯ	НАЗВАНИЕ СЕССИИ:	МОДЕРАТОРЫ/ СПИКЕРЫ
10.15-12.00	Сессия №1	Междисциплинарная ангиорепродуктология в современной медицине	Аликян Б.Г. Жуков О.Б. Васильев А.Э. Мкртчян А.А.
10.15-10.30	Мастер -лекция	Современный врач следующего поколения в рамках клинических рекомендаций	Жуков О.Б. Аликян Б.Г.
10-30-10.45	Мастер -лекция	Хронические флебоокклюзии, причины, клинические варианты, лечебная тактика. Какой задел для будущего мы создаем сейчас	Васильев А.Э.
10.45-11.00	Мастер -лекция	Портфолио 3Д-фармакокавернозограмм и прямых флебограмм в диагностике и лечении синдрома хронической тазовой боли	Лисицкая М.В. Жуков О.Б.
11.00-11.15	Мастер -лекция	Рентгенэндоваскулярная окклюзия варикозных вен малого таза у мужчин	Деркач В.В.
11.15-11.30	Мастер -лекция	Новые технологические решения в интервенционной урологии	Шарафутдинов Б.М. он-лайн
11.30-11.45	Мастер -лекция	Эмболизация артерий простаты и ТУР ДГПЖ у больных с СНМП для стратификации и оценки клинического эффекта операции	Жуков О.Б.
11.45-12.00	Мастер -лекция	Функциональная прямая флебография; место в принятии стратегического решения	Васильев А.Э.
<i>перерыв</i>			
12.15-14.00	Хирургический мастер-класс	Hands-on Training Course	Деркач В.В. Крук С.В. Извеков М.П.
12.15-12.30	Презентация системы. Для Хемоземболизации. Трансляция из операционной	1. Микросферы LifePearl™, методика насыщения химиотерапевтическими препаратами (доксорубицин, идарубицин, эпирубицин и иринотекан). 2. Периферийная система эмболизации AZUR® HydroCoil®	Жуков О.Б. Извеков М.П.

ВРЕМЯ	ФОРМАТ ПРОВЕДЕНИЯ	НАЗВАНИЕ СЕССИИ:	МОДЕРАТОРЫ/ СПИКЕРЫ
12.30-13.00	Операция №1. Трансляция в конференцзал. Образовательный портал Мираполис	Селективная флебоиллиаография. Эмболизация паталогического венозного дренажа кавернозных тел полового члена. Местная анестезия. Больной Д. 26 лет., г. Тверь	Опер.: Жуков О.Б. Асс.: Васильев А.Э. Комментирует: Токарев О.А.
13.00-13.30	Операция №2. Трансляция в конференцзал Образовательный портал Мираполис	Рентгенэндоваскулярная окклюзия паталогических дренирующих вен полового члена внутрисосудистыми окклюдерами и криопреципитатами. Больной Н. 33 г., г. Александров	Опер.: Жуков О.Б. Асс.: Васильев А.Э., Токарев О.А. Комментирует: Мкртчян А.А.
13.30-14.00	Операция №3. Трансляция в конференцзал. Образовательный портал Мираполис	Эмболизация артерий простаты. Больной К. 63 г., г. Москва	Опер.: Жуков О.Б. Асс. Васильев А.Э. Комментирует: Извеков М.П.
<i>перерыв</i>			
<b>14.15-17.15</b>	<b>Сессия №2</b>	<b>Инновационные технологии эндоваскулярной хирургии</b>	<b>Крук С.В. Извеков М.Л.</b>
14.15-14.30	Доклад	Первый опыт в России. Рентгенэндоваскулярное лечение ночного перемежающегося приапизма	Аннаоразов Г. Т. Крук С.В. Васильев А.Э. Жуков О.Б.
14.30-14.45	Доклад	Опыт оказания рентгенэндоваскулярной помощи в сосудистом центре города Александрова	Крук С.В. Зиуда З.К.
14.45-15.00	Доклад	Измерение фракции резервного кровотока и внутрисосудистое ультразвуковое исследование в реальной клинической практике	Токарев О.А.
15.15-15.30	Доклад	Венозный посттравматический приапизм у детей: серия из 3 клинических случаев	Лебедев Д.А. он-лайн
15.00-15.15	Доклад	Современные тренды в лечении урогенитальных сосудистых аномалий	Сафин Д.А. он-лайн
15.30-15.45	Доклад	Метод регистрации ночной пенильной тумесценции для оценки эффективности рентгенэндоваскулярного лечения васкулогенной эректильной дисфункции	Жуков О.Б.
15.45-16.00	Доклад	Применение временных кавафильтров у пациентов с посттравматическим тромбозом глубоких вен нижних конечностей при полном удвоении нижней полой вены	Цыганков В.Н. он-лайн

ВРЕМЯ	ФОРМАТ ПРОВЕДЕНИЯ	НАЗВАНИЕ СЕССИИ:	МОДЕРАТОРЫ/ СПИКЕРЫ
16.00-16.15	Доклад	Микросферы и цилиндры Эмбокс: современные возможности эндоваскулярной хирургии в урологии и онкоурологии	Извеков М.Л.
16.15-16.30	Видео-доклад	Сочетанное использование эндоваскулярных технологий и регенеративной медицины. Аутоплазмы, обогащенной тромбоцитарными факторами роста при различных видах васкулогенной эректильной дисфункции	Жуков О.Б.
16.30-16.45	<p><b>Презентация учебно-методического пособия АСУР «Рентгенэндоваскулярная хирургия в андрологии»</b>  под ред. О. Б. Жукова., 2024 г.  <b>Авторы:</b> Жуков О.Б., Васильев А.Э., Синицын В.Е., Козлов П.М.</p>  		<p>Рецензенты:</p>  Тюрин И.Е. <i>д.м.н., профессор</i>
			 Гвасалия Б.Р. <i>д.м.н., профессор</i>
	Оргкомитет		
Анонс	 <p>Первая Всероссийская научно-практическая конференция по рентгенэндоваскулярной хирургии венозной патологии  12–13 июля 2024, г. Махачкала  Тезисы на сайте Общества <a href="http://www.endovascular.ru">www.endovascular.ru</a></p>	Алеян Б.Г. Жуков О.Б.	
16.45-17.00	Доклад	Малоинвазивные вмешательства под ультразвуковым контролем в урологической клинике	Кузнецов В.В. Понеполяк В.И. Айзенберг Б.Л.
17.00-17.15	Доклад	Ультразвуковая навигация в интервенционной урологии	Понеполяк В.И. Тишков А.В. Ерукова М.И.
17.15-17.30	<i>Подведение итогов завершение первого дня конференции.  Осмотр оперированных больных</i>		

# Научная программа

## XI Школы АСУР с хирургическим мастер-классом

### «Междисциплинарные компетенции врача в ангиорепродуктологии в эру национальных гайдлайнов»

2-й этаж, конференц-зал, Городская больница №1 им. Н.И. Пирогова

**17 мая 2024 года**

ВРЕМЯ	ФОРМАТ ПРОВЕДЕНИЯ	НАЗВАНИЕ СЕССИИ:	МОДЕРАТОРЫ/ СПИКЕРЫ
10.00-13.15	Сессия №3	«Инновационные технологии сохранения репродуктивного здоровья»	Жуков О.Б. Белоглазова С.А.
10.00-10.15	Доклад	Дискуссионные вопросы мужского репродуктивного здоровья	Корнеев И.А. он-лайн
10.15-10.30	Доклад	Руководство ВОЗ по исследованию и обработке эякулята человека, 6 издание. Что нового для реальной клинической практики андролога?	Епанчинцева Е.А.
10.30-10.45	Доклад	Современные «тренды» гиперандрогении мужчин репродуктивного возраста	Астафьева Л.И. он-лайн
10.45-11.00	Доклад	Метаболические аспекты улучшение фертильности и ГУМС в позднем репродуктивном периоде	Белоглазова С.А.
11.00-11.15	Доклад	Электронная микроскопия сперматозоидов при генетическом бесплодии мужчин	Брагина Е.Е. он-лайн
11.15-11.30	Доклад	Рецидивирующее варикоцеле и бесплодие в паре	Жуков О.Б.
11.30-11.45	Доклад	Технологии регенеративной медицины при мужском бесплодии	Епифанова М.В. он-лайн
11.45-12.00	Доклад	Медико-генетическое обследование и консультирование в уроандрологии; возможности, показания, задачи	Черных В.Б. он-лайн
12.00-12.15	Доклад	Рентгенэндоваскулярная окклюзия варикозных вен малого таза у женщин	Деркач В.В.
12.15-12.30	Доклад	Две стороны одной медали: вульварный варикоз и тромбоз дорсальных вен полового члена	Жуков О.Б.

ВРЕМЯ	ФОРМАТ ПРОВЕДЕНИЯ	НАЗВАНИЕ СЕССИИ:	МОДЕРАТОРЫ/ СПИКЕРЫ
12.30-12.45	Доклад	Дисплазия соединительной ткани особенности течения, диагностики и эндоваскулярного лечения	Васильев А.Э.
12.45-13.00	Доклад	Реализация репродуктивной функции мужчин и женщин с герминогенными опухолями	Носов А.К. Проценко С.А.
13.00-13.15	Доклад	Искусственный интеллект, радиомика и телемедицина в лучевой визуализации уролога следующего поколения	<u>Синицын В.Е.</u> Жуков О.Б.
13.00-13.30	<i>Перерыв. Ответы на вопросы</i>		
<b>13.30-14.30</b>	<b>Хирургический мастер-класс</b>	<b>Hands-on Training Course</b>	<b>Модераторы:</b> <b>Каминский П.В.</b> <b>Кузнецов В.В.</b>
13.30-14.00	Операция №1. Трансляция (в записи от 14.05.2024) в конференцзал. Образовательный портал Мираполис	Лапараскопическая резекция кистозной опухоли правой почки. Больной С.54 г., Ковров	Опер.: Носов А.К. Асс. Жуков О.Б. Супиниченко Ю.Е. Комментирует: Каминский П.В.
14.00-14.30	Операция №2. Трансляция в конференцзал Образовательный портал Мираполис	Селективная почечная и подвздошная флебография, флеботонометрия, эмболизация варико-варикса с двух сторон. Больная Ж. 35 лет	Опер. Жуков О.Б. Васильев А.Э. Асс.Токарев О.А.
14.30-14.45	<i>Перерыв. Ответы на вопросы</i>		



14.45-16.50	Научно-практическая интерактивная сессия №4	Новые технологии, лекарственные формы и медицинские изделия в интервенционной урогинекологии и онкоурологии	Жуков О.Б. Васильев А.Э. Белоглазова С.А.
14.45-15.00	Доклад	Лимфотическая эмболизация в ликвидации лимфоидов у больных после удаления забрюшинных опухолей	Носов А.К.
15.00-15.15	Доклад	Эмболизация сосудов опухоли до резекции почки	Жумагазин Ж.Д.
15.15-15.30	Доклад	Вазоэпидидимоанастомоз в коррекции мужского бесплодия	Шаликенов Б.У.
15.30-15.45	Доклад	Коррекция генитальной дисморфофобии препаратом полимолочной кислоты PowerFill	Жуков О.Б.
15.45-16.00	Доклад	Современный гемостаз в акушерстве и гинекологии	Белоглазова С.А.
16.00-16.15	Доклад	Биопсия простаты. Какой вид предпочтительней	Жуков О.Б.
16.15-16.30	Доклад	Огнестрельные ранения наружных половых органов	Грицкевич А.А. Епифанова М.В.
16.30-16.45	Доклад	Минно-взрывная травма промежности	Жуков О.Б.
16.45-17.00	Доклад	Лазерная энуклеация простаты и ее воздействие на репродуктивную функцию мужчин	Федоренко С.В.
17.00-17.15		Осмотр оперированных больных. Завершение школы. Вручение сертификатов.	Кузнецов В.В. Каминский П.В. Токарев О.А. Жуков О.Б. Васильев А.Э.

**По поводу участия и организационным вопросам обращайтесь:**

**Генеральный директор АСУР  
Жукова Татьяна Борисовна  
z4061767t@yandex.ru,  
+7 (926) 406-17-67**

**Программный комитет:**

**+7 (929) 630-95-44  
e-mail: ob.zhukov@yandex.ru**





**ТЕЗИСЫ НАУЧНЫХ ТРУДОВ**  
**XI Школы АСУР с хирургическим мастер-классом**  
**«МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЕ КОМПЕТЕНЦИИ ВРАЧА**  
**В АНГИОРЕПРОДУКТОЛОГИИ В ЭРУ**  
**НАЦИОНАЛЬНЫХ ГАЙДЛАЙНОВ»**

**ХРОНИЧЕСКАЯ ВЕНОЗНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ**  
**ГОЛОВНОГО МОЗГА, ЭНДОВАСКУЛЯРНАЯ ТАКТИКА**

*Васильев А.Э.<sup>1</sup>, Тютнев Д.А.<sup>2</sup>, Жуков О.Б.<sup>3</sup>*

1 ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр гематологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Россия.

2 Орехово-Зуевская больница, филиал №1

3 ФГАОУВ «Российский университет дружбы народов», г. Москва, Россия

Принято считать, что венозная дисциркуляция в полости черепа обычно является не самостоятельным заболеванием, а осложнением других, при этом ее проявления подчас бывают более выраженными и тягостными, чем основное заболевание.

**Цель:** определение вклада хронической церебральной венозной недостаточности в инициацию и развитие различных заболеваний на основании результатов исследования эффективности и безопасности эндоваскулярного лечения.

**Материал и методы:** В период 2012—2023 годы баллонная ангиопластика и стентирование брахиоцефальных вен и синусов головного мозга выполнены 72 пациентам, мужчин — 31 в возрасте 38 — 81 год (медиана — 54 лет), женщин — 41 в возрасте 21 — 74 года (медиана — 64 года). Применяли: ультразвуковое сканирование церебральных артерий и вен, магниторезонансную томографию и мультиспиральную компьютерную томографию, в том числе и в ангиографическом режиме, прямую селективную церебральную ангиографию, возвратную и прямую ретроградную церебральную флебографию, неврологическое тестирование. По доминирующим симптомокомплексам больные распределились следующим образом: хроническая цефалгия — 43, рассеянный склероз — 13, болезнь Паркинсона — 4, болезнь Альцгеймера — 5, Меньеро-подобный синдром — 6 пациентов, судорожный синдром — 1 пациентка.

На первом этапе во всех случаях выполнялась баллонная пластика, затем преимущественно стентирование венозных коллекторов головного мозга. За указанный период выполнено: баллонная ангиопластика синусов головного мозга и внутренних яремных вен была выполнена в 34 случаях, пластика — стентирование в 38 случаях.

**Результаты:** Во всех случаях получен технический и ангиографический успех. В ближайшем послеоперационном периоде отмечен регресс неврологической симптоматики и улучшение качества жизни. Дислокация стента в 1 случае. Стентромбоз в 2 случаях, рестенозов в стенте не отмечено. Отдаленные результаты прослежены в 57 случаях. Наилучший эффект отмечен в группе лиц, страдающих цефалгией (приступы головной боли либо полностью прекратились либо значительно уменьшилась их интенсивность и частота в 84%), в группе лиц, страдающих деменцией во всех случаях отмечена позитивная динамика в виде значительного регресса когнитивных и поведенческих нарушений, Менъеро-подобный синдром — также регресс головокружения и аудиорасстройств. Рассеянный склероз — отслежены отдаленные результаты у 8 пациентов, устойчивое улучшение по неврологическому статусу, более «доброкачественное» протекание очередного обострения заболевания отмечено 4 случаях (50%). Наихудшие результаты получены в группе лиц с болезнью Паркинсона. Устойчивый эффект сохраняется вот уже более 4 лет только у 1 пациента. Данные контрольных объективных тестов (МРТ, МСКТ) существенной динамики в структуре головного мозга не выявили.

**Обсуждение:** полученные результаты свидетельствуют в пользу того, что венозная дисциркуляция вносит существенный вклад в динамику некоторых неврологических заболеваний. А коррекция церебральных венозных нарушений способствует устранению целого ряда симптомов, улучшению качества жизни и прогноза у неврологических пациентов.

**Выводы:** ангиопластика и стентирование брахиоцефальных вен и синусов головного мозга у больных с признаками хронической церебральной венозной недостаточности является высокоэффективным и безопасным методом лечения и может быть успешно интегрирован в схему традиционного лечения многих неврологических заболеваний.

*E-mail: vasilisa\_oven@mail.ru Телефон: +79689363163*

# ВУЛЬВАРНЫЙ ВАРИКОЗ: ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ, ПРОФИЛАКТИКА

*С.Г. Гаврилов<sup>1</sup>, Е.П. Москаленко<sup>2</sup>, А.В. Каралкин<sup>2</sup>, А.М. Янина<sup>1</sup>, Е.С. Беляева<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова», кафедра факультетской хирургии № 1 лечебного факультета (заведующий – академик РАН А.И. Кириенко), 117997, Москва, Российская Федерация;

<sup>2</sup>ГБУЗ г. Москвы «Городская клиническая больница № 1 им. Н.И. Пирогова» Департамента здравоохранения г. Москвы; 119049, Москва, Российская Федерация

**Введение.** Вульварный варикоз (ВВ) — расширение вен наружных половых органов [1]. Данную патологию выявляют у 22—34% пациенток с варикозной болезнью вен таза и у 18—22% беременных женщин [2]. В послеродовом периоде у 4—8% женщин варикозные вены промежности сохраняются и увеличиваются с течением времени [2, 3]. Вульварный варикоз зачастую не диагностируют в связи с нетипичным расположением варикозных вен, стеснением женщины, а в ряде случаев — с отсутствием каких-либо дискомфортных ощущений у больных. Вместе с тем он является одной из причин венозных тромбоэмболических осложнений как во время беременности, так и вне ее, поверхностной диспареунии и вульводинии, психоэмоциональных и семейных проблем.

**Цель.** Разработка диагностической и лечебной тактики при вульварном варикозе (ВВ) в различных клинических вариантах.

**Материал и методы.** В клинике факультетской хирургии РНИМУ им. Н.И. Пирогова в течение 2000—2014 гг. на обследовании и лечении находилась 101 пациентка с ВВ, средний возраст составил  $29,6 \pm 4,3$  года. Все больные разделены на две группы: 1-я — 61 больная с варикозной болезнью таза (ВБТ) и расширением вульварных вен, 2-я — 40 беременных женщин с ВВ и беременностью от 11 до 38 недель. Пациенткам 1-й группы выполняли ультразвуковое ангиосканирование (УЗАС) тазовых и промежностных вен, ЭКТ тазовых вен, тазовую флебографию и МСКТ. В обследовании беременных пациенток использовали лишь УЗАС.

**Результаты и обсуждение.** Клинические проявления ВВ в 1-й группе заключались в жалобах на наличие варикозных вен на больших или малых половых губах, боль в области наружных половых органов, тяжесть и жжение в промежности, отечность половых губ к концу дня. Особен-

ностью пациенток с ВВ и ВБТ являлась меньшая частота встречаемости хронической тазовой боли (31%) в отличие от больных ВБТ без вульварного варикоза (тазовая боль до 70%). Оптимальным способом лечения ВВ служит флебэктомия в промежности. Склерооблитерация вульварных вен — альтернативный метод лечения ВВ, обладающий высокими косметическими свойствами. Пациенткам с симптомами тазового венозного полнокровия (ТВП) и ВВ, клапанной недостаточностью гонадных вен следует выполнять вмешательства на яичниковых венах и флебэктомию в промежности. Флеботропное лечение с использованием микронизированной очищенной фракции флавоноидов (МОФФ) позволяет существенно уменьшить хроническую тазовую боль у пациенток с ВВ. Обследование пациенток с ВВ 2-й группы целесообразно ограничивать проведением УЗАС при отсутствии признаков тромбоза тазовых вен.

**Обсуждение.** Рассмотрены вопросы сроков возникновения ВВ при беременности, клинического течения ВВ, возможностей диагностики и лечения данной патологии во время беременности. Выявлено, что у 20% беременных пациенток с ВВ сохраняются расширенные вульварные вены в отдаленном послеродовом периоде. Основным методом лечения ВВ при беременности служит флеботропная терапия. Хирургическое лечение ВВ на фоне беременности показано лишь в случае развития осложнений. Заключение. Вульварный варикоз — частая венозная патология, выявляемая у пациенток с варикозной болезнью таза и нижних конечностей, и у беременных женщин. Его обнаружение диктует необходимость изучения состояния внутритазовых вен. Лечение ВВ может быть различным, от сугубо консервативных мер при беременности до выполнения различных операций на гонадных и вульварных венах.

*E-mail: gavrilloffsg@mail.ru*

# ВЕНОЗНЫЙ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИЙ ПРИАПИЗМ У ДЕТЕЙ: СЕРИЯ ИЗ 3 КЛИНИЧЕСКИХ СЛУЧАЕВ

*И.Б. Осипов, Д.А. Лебедев, Д.Е. Красильников, А.И. Осипов, Узинцева А.А.*

Кафедра урологии ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России, г. Санкт-Петербург, Россия

## КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

венозный приапизм; дети; травма половых органов

**Введение.** Приапизм ишемической природы редко встречается в детской популяции. Чаще всего, в отличие от венозного приапизма взрослых, патология имеет посттравматический характер. Нарушение венозного оттока становится следствием гематом в одласти кавернозных тел, при травме наружных половых органов, таза или промежности.

**Цель исследования:** оценить клинические проявления и исходы венозного ишемического приапизма в серии трех клинических случаев.

**Материалы и методы.** Одноцентровое ретроспективное исследование серии госпитальных случаев, проведенное в 2007—2021 гг. В исследовании включено 3 пациента с веноокклюзивной формой приапизма. Во всех случаях причиной венозного приапизма была травма.

Пациент 1. 16 л 1 мес., травма: удар хоккейной клюшкой в основание полового члена. Патологическая нестихающая эрекция возникла через 2 часа после травмы. Жалобы на локализованную болезненность в области промежности, умеренную болезненность в половом члене.

Пациент 2. 12 л 2 мес., травма: повреждение полового члена при мастурбации. Нестихающая эрекция возникла практически сразу после появления выраженных болевых ощущений в половом члене. При осмотре — резко болезненная пальпация кавернозных тел.

Пациент 3. 17 л 11 мес., травма: случайно повреждение полового члена матерью во время купания (ребенок страдает ДЦП и самостоятельно полностью себя не обслуживает). Жалобы — гематома значительных размеров, длительная патологическая эрекция. Пальпация кавернозных тел резко болезненна.

Признаков ишемии наружных половых органов во все случаях не было. Главным диагностическим методом явилось ультразвуковое исследование.

Дифференциальную диагностику проводили с артериальным неишемическим приапизмом: артериальный кровоток прослеживался на протяжении глубокой артерии кавернозного тела с 2 сторон во всех случаях. Были выявлены гематомы в случаях 1 и 3: у пациента 1 в области ножки левого кавернозного тела, у пациента 3 — в средней части кавернозного тела, с разрывом его оболочки. Повреждение у пациента 2 носило характер внутреннего разрыва венозного сосуда с продолжающимся кровотечением в синусоидальную кавернозную ткань и ее переполнением. Лечение в виде местной терапии применено пациентам 1 и 3 (гепариновая мазь, компрессионная повязка), и системно — антибактериальная терапия (1 и 3), этамзилат (2) парентерально.

**Результаты.** Прекращение патологической эрекции отмечено к 5—7 суткам во всех случаях. Пациенты переведены на домашний режим, наблюдение за ними продолжено. При опросах, проведенных через 1 и 6 месяцев – жалоб на патологическую эрекцию нет у всех трех пациентов, мочеиспускание не нарушено, утренняя эрекция присутствует, наблюдается эрекция при сексуальной стимуляции (у пациентов 1 и 3) сохранены.

**Заключение.** В представленной серии клинических случаев причиной приапизма явилось повреждение кавернозных тел у всех пациентов. Хирургическое вмешательство не потребовалось, местное лечение продемонстрировало высокую эффективность. Системная терапия проводилась с целью профилактики нагноения гематом.

Благодарности/Источники финансирования: отсутствуют

*E-mail: Urolog.Lebedev@gmail.com, тел. + 7 (921)-999-16-29*

# ЭМБОЛИЗАЦИЯ АДЕНОМЫ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ТРАНСРАДИАЛЬНЫМ ДОСТУПОМ ПРИ ГИГАНТСКОЙ АДЕНОМЕ ПРОСТАТЫ У ПАЦИЕНТА ВЫСОКОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО РИСКА

*Шарафутдинов Б.М., Алхазуров А.И., Рыжкин С.А.*

Медико-санитарная часть Казанского Федерального университета, Республика Татарстан

**Клинико-демографические данные.** Пациент К, 70 лет, поступил в урологическое отделение университетской клиники КФУ, г. Казань, с жалобами на частое затрудненное мочеиспускание малыми порциями, частые позывы на мочеиспускание, чувство неполного опорожнения мочевого пузыря. Анамнез: Вышеперечисленные жалобы беспокоят длительное время. Проходил обследование у уролога-онколога ввиду высокого уровня общего ПСА (до 23 нг/мл). После дополнительных методов исследования: биопсия и МРТ простаты, онкологами было подтверждено наличие доброкачественной гиперплазии предстательной железы без признаков малигнизации. Пациент длительно принимал консервативную терапию, за последний год отмечает отсутствие эффекта от консервативной терапии. Основной диагноз: Аденома простаты 2 ст. Сопутствующая патология: ИБС: ПИКС (ОИМ в 2015 г.) СН ФК2. АКШ (2018 г.), ГБ 2 ст. риск 4, ХСН 1 ФК 2. Острый ишемический инсульт в бассейне правой СМА (2010 г.) ХБП 3А (СКФ 46мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>. Сахарный диабет 2 типа.

**Данные лабораторных и аппаратных исследований.** Предоперационная подготовка: сбор жалоб и анамнеза, физикальный осмотр, оценку соматического статуса, пальцевое ректальное исследование, определение степени выраженности симптомов нижних мочевыводящих путей (СНМП) с помощью опросников IPSS и QoL, общие клинические анализы, посев мочи на флору, определение уровня общего ПСА крови, урофлоуметрию, ТРУЗИ простаты и УЗИ мочевого пузыря с определением объёма остаточной мочи по стандартной методике, ввиду высокого уровня общего ПСА (до 23 нг/мл) пациенту выполнялась МРТ органов малого таза с контрастированием и трансректальная мультифокальная биопсия простаты.

**Ход операции (ангиографические и/или другие визуализирующие данные).** Под местной анестезией выполнена пункция и катетеризация левой лучевой артерии. На ангиографической системе Siemens Artis Q

была проведена ротационная 3D – ангиография с применением пакета программ для эмболизации syngo Embolisation guidans, с целью верификации артерий таза и выбора оптимальной проекции для селективной катетеризации простатических артерий. Далее под рентгеновской визуализацией на ангиографической системе, диагностический катетер 5F, 125 см поэтапно проведен до уровня правой и левой внутренних подвздошных артерий. Затем по диагностическому катетеру на 0.014 проводнике с помощью микрокатетера, осуществлена поэтапная двусторонняя селективная катетеризация простатических артерий. По микрокатетеру в простатические артерии в качестве эмболизирующего вещества введены микросферы размерами 300-500  $\mu\text{m}$ . Эмболизация проводилась до стаза (прекращения кровотока) в простатических артериях. Далее выполнены контрольные ангиограммы для оценки эффективности ЭАП. По завершению процедуры катетер и интродьюсер удалены. Гемостаз осуществлен наложением на место пункции левой лучевой артерии тугой повязки на 2 часа. Послеоперационный период протекал без особенностей. Пациент выписан домой в удовлетворительном состоянии на 4 сутки после ЭАП.

**Заключение.** Таким образом, ЭАП через лучевой доступ облегчает катетеризацию простатических артерий, особенно при анатомических извитостях подвздошных артерий, что ведет к уменьшению длительности процедуры и снижению лучевой нагрузки на пациента и рентгенэндоваскулярного хирурга. Так же, лучевой доступ при ЭПА, позволяет снизить частоту сосудистых осложнений со стороны артериального доступа, повышает комфорт пациента после вмешательства, что позволяет провести его раннюю активизацию. ЭПА трансрадиальным доступом может быть применен как самостоятельный, окончательный метод лечения, даже у пациента с гигантской аденомой простаты. Исходя из данного клинического наблюдения можно сделать выводы о том, что эмболизация предстательной железы через лучевой доступ является эффективным и безопасным малоинвазивным методом лечения ДГПЖ, особенно у пациентов высокого хирургического и анестезиологического риска с тяжелой сопутствующей патологией. Динамическое наблюдение показывает, что сравнительные результаты оценки эффективности ЭПА у пациента через 1,3,6 и 12 месяцев были значительно лучше, чем до операции. Объем предстательной железы уменьшилось более чем в 2,5 раза, показатели IPSS, QoL, урофлуометрии, объема остаточной мочи улучшились в 3 раза, а также уровень общего ПСА снизилась более чем 3,5 раза. Тем не менее, ввиду малой выборки пациентов, эффективность ЭАП и безопасность процедуры требуют дальнейшего наблюдения и изучения.



# ПРЕИМУЩЕСТВО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АНГИОГРАФИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ SIEMENS ПРИ ЭМБОЛИЗАЦИИ АРТЕРИЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*Шарафутдинов Б.М., Рыжкин С.А., Абдульянов И.В., Ходовская Е.А.*

Медико-санитарная часть Казанского Федерального университета,  
Республика Татарстан, г. Казань.

**Актуальность.** Эмболизация артерий предстательной железы (ЭАП) — минимально инвазивная и высокоэффективная процедура, может изменить способ лечения гиперплазии предстательной железы. ЭАП может уменьшить предстательную железу, блокируя кровоснабжение микросферами, используя ангиографическую систему для определения целевой артерии. Учитывая сложную анатомию артерий малого таза, сложно найти артерии, питающие предстательную железу. Длительное время навигации приводит к длительному времени рентгенографии и, следовательно, к повышенной радиационной нагрузке, как на пациента, так и на оперирующего хирурга.

**Задача.** Провести анализ преимуществ использования ангиографической системы Siemens Artis Q при проведении ЭАП.

**Материалы и методы.** Проспективный анализ, проведенный в Медико-санитарной части Казанского (Приволжского) Федерального университета, были включены в общей сложности 19 пациентов, перенесших ЭАП с помощью ангиографической системы Siemens Artis Q с января 2021 г. по декабрь 2022 г. Ангиографические изображения и отчеты о процедуре были рассмотрены на предмет использования проведения ротационной 3D — ангиографии и пакетом программ для эмболизации syngo Embolisation guidans, с целью верификации артерий таза и выбора оптимальной проекции для селективной катетеризации простатических артерий, технического успеха (определяемого как двусторонняя селективная эмболизация простатических артерий). Всем пациентам за сутки до операции назначали антибиотикопрофилактику продолжительностью до 5 дней. Доступ осуществлялся через правую лучевую, правую плечевую артерию. Для катетеризации простатических артерий применяли диагностические катетеры 5F длиной 125 см и микрокатетеры 2,4—2,8 Fr длиной 155 см с интервенционным проводником, для селективной эмболизации вводили микросферы от 100—300  $\mu\text{m}$ . и 300—500  $\mu\text{m}$ . История болезни была проанализирована на предмет

анамнестических и физикальных данных пациента и нежелательных явлений, клинического успеха (определяемого как документально подтвержденное улучшение симптомов или удовлетворенность пациента), незапланированных посещений врача уролога, посещений отделений неотложной помощи и повторных госпитализаций в течение 30 дней после ЭАП.

**Полученные результаты.** Все пациенты проходили стационарное лечение после ЭПА (средняя продолжительность пребывания 1,2 дня, диапазон 1—4 дня). Во всех 23-х случаях проведения ЭАП была использована ротационная 3D-ангиография с пакетом программ для эмболизации. При проведении ЭАП в таком режиме в 100% случаев были верифицированы простатические артерии и определены наиболее оптимальные проекции для селективной катетеризации простатических артерий. Оценка контрольных ангиограмм показало, что ни в одном из наблюдаемых случаев не было нецелевой эмболизации. Технический успех был достигнут у 100% пациентов. Клинический успех был достигнут у 93,5% пациентов, при этом к 6 месяцам уменьшение объема аденомы составило 43,4%. Частота незапланированных посещений клиник, посещений отделений неотложной помощи и повторных госпитализаций составила 0,2%, 0,1% и 0% соответственно.

**Выводы.** Инновационные приложения для проведения эмболизации на ангиографической системе Siemens обеспечивают оптимальную визуализацию на каждом этапе процедуры — от планирования и до минимизации риска нецелевой эмболизации при оптимальной лучевой нагрузке. Использование ангиографической системы с пакетом программ для эмболизации позволило эффективно определить целевой сосуд, что повысило успех селективной катетеризации простатических артерий, помогло в определении наиболее оптимальной проекции и сократить время рентгенэндоваскулярного вмешательства.

Список литературы:

1. Bagla, Sandeep, et al. "Utility of cone-beam CT imaging in prostatic artery embolization." *Journal of Vascular and Interventional Radiology* 24.11 (2013): 1603-1607.
2. Wang, Mao Qiang, et al. "Benign prostatic hyperplasia: cone-beam CT in conjunction with DSA for identifying prostatic arterial anatomy." *Radiology* 282.1 (2017): 271-280.

# МЕТОД РЕГИСТРАЦИИ НОЧНОЙ ПЕНИЛЬНОЙ ТУМЕСЦЕНЦИИ ДЛЯ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕНТГЕНЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВЕНОГЕННОЙ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ

*О.Б. Жуков<sup>1,2</sup>, А.Э. Васильев<sup>2,3</sup>*

<sup>1</sup>Российский университет дружбы народов; Россия, Москва

<sup>2</sup>Ассоциация сосудистых урологов и репродуктологов; Россия, Москва

<sup>3</sup>ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр гематологии»  
Минздрава России; Россия, Москва

**Введение.** Среди всех форм эректильной дисфункции (ЭД) наиболее распространена васкулогенная. Молодые мужчины с начальными стадиями данного заболевания, как правило, не готовы к фаллопротезированию, что делает актуальным поиск альтернативных способов их сексуальной реабилитации, в том числе среди методов рентгенэндоваскулярной хирургии. Не менее актуальным является совершенствование методов оценки качества эректильной функции как в диагностических целях, так и для определения эффективности проведенного лечения.

**Цель исследования** – оценка качества эректильной функции путем мониторинга ночных пенильных тумесценций (НПТ) у пациентов после рентгенэндоваскулярного лечения васкулогенной ЭД.

**Материалы и методы.** С 2012 г. обследовано более 560 пациентов с подозрением на нарушение эрекции васкулогенного характера, рентгенэндоваскулярное лечение проведено 121 пациенту с подтвержденной веноокклюдивной ЭД. Для оценки у пациентов качества эректильной функции с января 2022 г. по ... нами выполнялся мониторинг НПТ с использованием аппаратного комплекса «Андроскан МИТ» — до и через 1 мес после хирургического лечения васкулогенной ЭД. В исследование были включены 40 прооперированных нами пациентов в возрасте 25—48 лет (в среднем  $34,3 \pm 7,4$  года) с васкулогенной ЭД, в том числе с веноокклюдивными нарушениями эрекции ( $n = 33$ ), артериальной недостаточностью кавернозных тел ( $n = 5$ ), гемодинамическими и клиническими признаками артериовенозной ЭД в стадии субкомпенсации ( $n = 2$ ). Проведено сравнение данных об изменении диаметра полового члена и продолжительности ригидности при НПТ, что отражает основные гемодинамические показатели кровотока в половом члене.

**Результаты.** При компенсированной стадии ЭД увеличение диаметра полового члена при НПТ составляло 20—30 %, продолжительность тумесценции —  $43,2 \pm 20$  мин, при субкомпенсированной стадии — 10—30 % и  $23 \pm 21$  мин соответственно. Через 1 месяц после лечения данные показатели составили  $76,3 \pm 21$  и  $45 \pm 15$  % мин соответственно. После операции у всех больных восстановилась клиническая составляющая эректильной функции, линейные и углонезависимые показатели кровотока имели тенденцию к нормализации

Полученные при мониторинге НПТ данные позволили выявить корреляцию между линейными показателями кровотока, их производными, а также временем и характером ригидности полового члена при НПТ, что дает возможность дифференцировать виды васкулогенной ЭД и критерии ее клинической компенсации.

**Заключение.** В настоящее время возможности инструментальной диагностики ЭД ограничены применением ультразвуковой доплерографии сосудов полового члена, что не позволяет учитывать многофакторность причин нарушения эрекции у мужчин различного возраста с факторами риска. Регистрация НПТ с помощью автономного устройства с возможностью повторения исследования и графической фиксации результатов в виде эректограмм может использоваться для минимально инвазивной объективизации и подтверждения восстановления эректильной функции в случае компенсированной и субкомпенсированной стадий васкулогенной ЭД. Однако требуется продолжение исследований васкулогенных нарушений эрекции и возможностей их оценки с помощью мониторинга НПТ.

**Контакты:** Олег Борисович Жуков *ob.zhukov@yandex.ru*

DOI: 10.17650/2070-9781-2023-24-4-00-00

# ОСТРЫЕ СИНУС-ТРОМБОЗЫ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ЛИМФОПРОЛИФЕРАТИВНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, ЭНДОВАСКУЛЯРНАЯ РЕКАНАЛИЗАЦИЯ

*Васильев А.Э.<sup>1</sup>, Дорфман С.В.<sup>1</sup>, Галстян Г.М.<sup>1</sup>, Жуков О.Б.<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр гематологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Россия.

<sup>2</sup> Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский университет дружбы народов», г. Москва, Россия

Химиотерапия при лимфопролиферативных заболеваниях сопряжена с риском развития тромбгеморрагических осложнений центральной нервной системы. Смертность при тромбозах вен и синусов центральной нервной системы составляет 8,3%, у 13% больных после успешного лечения сохраняется неврологический дефицит, 5% остаются инвалидами. Тромбозы и кровоизлияния в головной мозг часто вызывает L-аспарагиназа. Терапия L-аспарагиназой осложнялась флеботромбозами в 37% случаев, а тромбозы синусов центральной нервной системы выявлены у 3% больных, получавших L-аспарагиназу.

**Цель:** определение тактики лечения больных лимфопролиферативными заболеваниями, у которых проведение химиотерапии осложнилось развитием синус-тромбозов центральной нервной системы.

**Материал и методы:** использовали компьютерную томографию, прямую селективную церебральную ангиографию, магниторезонансную томографию с внутривенным контрастным усилением (МРТ-ангиографию), оценку неврологического статуса.

**Результаты:** С 2016 г. по 2023 г. эндоваскулярная реканализация синусов центральной нервной системы по поводу острого тромбоза проведена у 9 больных лимфопролиферативными заболеваниями — лимфомой Ходжкина (4) и острым лимфобластным лейкозом (5). Все больные — женщины, в возрасте от 26 до 56 (медиана — 33) лет. Синус-тромбозы диагностированы на основании клинических проявлений, МРТ-ангиографии. Тромбоз верхнего сагиттального синуса был в 4 случаях, тромбоз левого поперечного синуса — в 1, тромбоз правого поперечного — в 2, сочетание тромбоза верхнего сагиттального и поперечного

синусов — в 2 случаях. В 1 случае выявлен тромбоз корковых вен в сочетании с ишемическим очагом в головном мозге. У 3 больных на фоне синус-тромбоза ЦНС были субарахноидальные и паренхиматозные кровоизлияния, в 1 случае выполнена декомпрессивная краниотомии. Всем больным выполнена прямая селективная церебральная ангиография с возвратной флебографией головного мозга и прямая селективная церебральная флебография. У 5 пациентов была выполнена тромбэкстракция с использованием ретриверов. У 2 из них в комбинации с локальным тромболизисом. У 4 больных применена аспирационная тромбэкстракция. В послеоперационном периоде отмечена быстрая регрессия неврологической симптоматики. Не было осложнений, обусловленных эндоваскулярной реканализацией.

**Обсуждение:** наилучшие результаты получены при использовании механической и аспирационной тромбэкстракции. При контрольной ангиографии после успешно проведенной реканализации практически всегда в просвете синуса регистрировались дефекты контрастирования, наиболее вероятно, обусловленные наличием в просвете генетически детерминированных соединительнотканых перегородок, мембран, псевдоклапанов. Что в свою очередь свидетельствует в пользу того, что в основе подобных осложнений наряду с особенностями проводимой терапии и реакцией на применение L-аспарагиназы имеет значение и существование внутрипросветных механических повреждений и препятствий.

**Выводы:** эндоваскулярная реканализация тромбированных синусов центральной нервной системы в сочетании в ряде случаев с локальным тромболизисом является эффективным методом лечения, позволяющим минимизировать риски осложнений и привести к быстрому регрессу неврологических нарушений.

*E-mail:* [vasilisa\\_oven@mail.ru](mailto:vasilisa_oven@mail.ru) *Телефон:* +79689363163



**18 мая 2024 года**

**Бизнес-площадка Luciano Wellness & SPA Foros**

**Цикловое совещание**

**«Успешная частная практика и инвестиционная привлекательность медицинского бизнеса в области вспомогательных репродуктивных технологий для решения национальных демографических задач».**

**Место проведения:** Республика Крым, г. Ялта, пгт. Форос, Форосский спуск, здание 1д, стр. 1) Luciano Wellness & SPA Foros

