



АССОЦИАЦИЯ СОСУДИСТЫХ УРОЛОГОВ И РЕПРОДУКТОЛГОВ

## НАУЧНАЯ ПРОГРАММА

# 10-й Школы с хирургическим мастер-классом «КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ В СОСУДИСТОЙ УРОЛОГИИ И РЕПРОДУКТОЛОГИИ»

### ОРГАНИЗАТОРЫ:



Ассоциация  
сосудистых  
урологов и  
репродуктологов



ФГАОУ ВО  
«Российский  
университет  
дружбы народов»



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



Департамент  
здравоохранения  
города Севастополя



**18 – 19 мая 2023 г.**

**Олег Борисович Жуков**

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

<http://avur.international> • <http://uroworkshop.com>



### **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, РИОК, ПААР, «Ассоциации врачей Севастополя».*

Дорогие друзья, коллеги!

Ассоциация сосудистых урологов и репродуктологов, лучшее предприятие 2021 года по данным РОССТАТА, приглашает принять участие в новом формате научного форума — хирургическом мастер-классе **«Клинические рекомендации в сосудистой урологии и репродуктологии»**, которое состоится в городе Севастополе **18—19 мая 2023 года**.

В дни конференции будут проведены показательные рентгенэндоваскулярные, лапароскопические, гибридные и симультанные операции на органах репродуктивной системы. Ведущие опинион-лидеры в области интервенционной радиологии, урологии, гинекологии, рентгенэндоваскулярные хирурги представят свои новые, самые актуальные, научно обоснованные, практически значимые разработки в области сохранения репродуктивного здоровья. Эксперты в области Национальных клинических рекомендаций в интерактивном режиме познакомят слушателей с современными протоколами ведения больных и критериями оценки качества медицинской помощи в междисциплинарных вопросах сосудистой репродуктологии. В рамках школы будет проведена презентация наших новых учебных пособий 2023 г. Накануне перед школой будет проведен цикл тематического усовершенствования кафедры эндоскопической урологии Медицинского института Факультета непрерывного медицинского образования РУДН «сосудистая урология» с аккредитацией по программе НМО 36 часов с выдачей документов об усовершенствовании государственного образца.

**Участие в школе врачей бесплатное!** Школа и цикл будут проходить на базе Государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Севастополя «Городская больница № 1 им. Н. И. Пирогова», при поддержке Департамента здравоохранения г. Севастополя, Министерства здравоохранения Республики Крым, академии им. 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 6-й раз в регионе и состоится при поддержке и участии ведущих российских врачебных ассоциаций РОУ, РОРР, РИОК, ПААР, «Ассоциации врачи Севастополя».

Формат мероприятия — гибридный: он-лайн и оф-лайн.

До встречи в Севастополе весной 2023 года!

Президент АСУР Жуков О.Б.

## 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  
здравоохра-  
нения города  
Севастополя



Министерство  
здравоохранения  
Республики Крым



Медицинская  
академия им.  
С.И. Георгиевского



Российское  
общество  
урологов

## СООРГАНИЗАТОРЫ:



Российское общество  
рентгенологов  
и радиологов



РНО специалистов  
по рентгенэндо-  
васкулярной диагно-  
стике и лечению



Ассоциация  
урологов  
Республики  
Крым

## ПРИ УЧАСТИИ



European  
Society  
of  
Urogenital  
radiology



European Society  
of Human  
Reproduction and  
Embryology



Московский  
политехнический  
университет



Marmara  
University

## ИНФОРМАЦИОННЫЕ ПАРТНЕРЫ:



# НАУЧНАЯ ПРОГРАММА

## 10-й Школы АСУР с хирургическим мастер-классом: «Клинические рекомендации в сосудистой урологии и репродуктологии»

ГБУЗ Севастополя Городская больница № 1 им Н.И. Пирогова  
18–19 мая 2023 г.

18 мая 2023 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 «Клинические рекомендации в сосудистой урологии и репродуктологии», 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, член научного комитета школы «Клинические рекомендации в сосудистой урологии и репродуктологии»*

**Коситченков Андрей Александрович**





*Президент Региональной общественной организации «Ассоциация врачей Севастополя», сопредседатель оргкомитета конференции «Клинические рекомендации в сосудистой урологии и репродуктологии», член научного комитета школы, к.м.н.*

**Кузнецов Владимир Викторович**



*Заведующий курсом урологии кафедры детской хирургии с курсом урологии Медицинской академии им. С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «КФУ им. В. И. Вернадского», почетный президент Ассоциации урологов Республики Крым, президент конференции «Клинические рекомендации в сосудистой урологии и репродуктологии», член научного комитета Школы, д.м.н., профессор*

**Клименко Петр Михайлович**



*Главный внештатный специалист по рентгенэндоваскулярной диагностике и лечению Минздрава республики Крым, заведующий отделением рентгенхирургических методов диагностики и лечения СП кардиодиспансер ГБУЗ РК РКБ им. Н. А. Семашко*

**Мкртчян Азат Ашотикович**

---

## ВЕДУЩИЕ СПИКЕРЫ

### 10-й Школы АСУР с хирургическим мастер-классом «Клинические рекомендации в сосудистой урологии и репродуктологии»



*Ведущий научный сотрудник отделения ВРТ ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России, доцент кафедры, член научного комитета школы «Клинические рекомендации в сосудистой урологии и репродуктологии», член междисциплинарной группы экспертов Национальных клинических рекомендаций МЗ РФ 2019 «Мужское бесплодие», к.м.н.*

**Сергей Владимирович Боголюбов**



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

**Васильев Александр Эдуардович**



*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., профессор*

**Корнеев Игорь Алексеевич**



*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 «Клинические рекомендации в сосудистой урологии и репродуктологии», д.м.н профессор*

**Александр Константинович Носов**



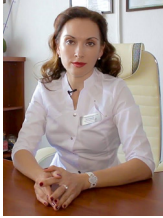
*Врач эндокринолог-андролог, с.н.с. лаборатории эндокринологии ФГБНУ «Федеральный исследовательский центр фундаментальной и трансляционной медицины», ассистент кафедры урологии ФГБОУ ВО НГМУ МЗ России, член рабочей группы российских клинических рекомендаций «Мужское бесплодие» РОУ, член правления «Междисциплинарной клинической ассоциации репродуктивной медицины» (МКАРМ), председатель секции молодых ученых и студентов РАРЧ (СМУС РАРЧ), к.м.н.*

**Епанчинцева Елена Александровна**



*Заведующая отделением вспомогательных репродуктивных технологий ФГБУ, НМИЦ эндокринологии МЗ РФ  
врач акушер-гинеколог высшей категории д.м.н., профессор*

**Витязева Ирина Ивановна**



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

**Белоглазова Стелла Анатольевна**



*Профессор кафедры акушерства, гинекологии и перинатологии №1 Медицинская академия им. С. И. Георгиевского ФГАОУ ВО «КФУ им. В. И. Вернадского», д.м.н.*

**Сулима Анна Николаевна**



*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**



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

**Цыганков Владимир Николаевич**

---



*Директор Департамента развития андрологии, заведующий отделением андрологии и урологии Российско-финского центра репродуктивной медицины «Сканферт», к.м.н., врач уролог-андролог*

**Овчинников Руслан Игоревич**

---



*д.м.н., врач детский хирург высшей категории, Отделение рентгенохирургических методов диагностики и лечения РДКБ ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова МЗ РФ*

**Гарбузов Роман Вячеславович**

---



*Ректор Смоленского государственного медицинского университета, директор НИИ антимикробной химиотерапии, президент Межрегиональной ассоциации по клинической микробиологии и антимикробной химиотерапии (МАКМАХ), главный внештатный специалист Минздрава России по клинической микробиологии и антимикробной резистентности, член-корреспондент РАН, д.м.н., профессор*

**Козлов Роман Сергеевич**

---



*к.м.н., доцент кафедры Клинической фармакологии Казанской государственной медицинской академии*

**Аббасов Гюндюз Яхич**

---



*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)**

---





*корпоративный фонд University medical center, заведующий  
Отделением интервенционной радиологии, г. Нур-Султан,  
республика Казахстан*

**Землянский Виктор Викторович**



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

**Сафин Динар Адхамович**



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

**Брагина Елизавета Ефимовна**

---

**Регистрация для он-лайн участия:**  
<https://b86787.vr.mirapolis.ru/mira/s/obw4ZS>



**Информация  
о мероприятии**



**Регистрация  
Мираполис**

# Научная программа

## 10-й Школы АСУР с хирургическим мастер-классом «КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ В СОСУДИСТОЙ УРОЛОГИИ И РЕПРОДУКТОЛОГИИ»

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

18 мая 2023 года

ВРЕМЯ	ФОРМАТ ПРОВЕДЕНИЯ	НАЗВАНИЕ СЕССИИ:	МОДЕРАТОРЫ/ СПИКЕРЫ
10.15-12.00	Сессия № 1	Клинические рекомендации в сосудистой урологии и репродуктологии	Аликян Б.Г. Жуков О.Б. Мкртчян А.А. Васильев А.Э.
10.15-10.30	Мастер -Лекция	Совершенствование врачебных компетенций в сосудистой урологии. Опыт 10 школ в РФ и странах СНГ	Жуков О.Б. Аликян Б.Г.
10-30-10.45	Мастер -Лекция	Введение в философию врачебного поиска и профессиональной интуиции в эру клинических рекомендаций	Васильев А.Э.
10.45-11.00	Мастер -Лекция	Мужское бесплодие: что нужно изменить в Национальных клинических рекомендациях в 2023 году?	Корнеев И.А. Он-лайн
11.00-11.15	Мастер -Лекция	Окклюзия простатических артерий	Жуков О.Б.
11.15-11.30	Мастер -Лекция	МРТ и КТ в диагностике сосудистых заболеваний реродуктивных органов ренокавального сегмента и таза	Синицын В.Е. Мершина Е.А.
11.30-11.45	Мастер -Лекция	Дифференциальная диагностика и современные методы лечения артериовенозных фистул (AVF) и венозных мальформаций	Гарбузов Р.В. Поляев Ю.А. Он-лайн
11.45-12.00	Мастер -Лекция	Диагностика и рентген-эндоваскулярные методы лечения артериального приапизма у детей	Лебедев Д.А. Он-лайн
12.00-12.15	Мастер -Лекция	Варикоцеле в свете доказательной медицины	Боголюбов С.В. Он-лайн

ВРЕМЯ	ФОРМАТ ПРОВЕДЕНИЯ	НАЗВАНИЕ СЕССИИ:	МОДЕРАТОРЫ/ СПИКЕРЫ
12.15-12.30	Мастер -Лекция	Рентгенэндоваскулярное лечение травматических артериальных свищей	Цыганков В.Н. Он-лайн
12.30-12.45	Мастер -Лекция	Персонализированная оценка рисков сердечно сосудистых заболеваний у мужчин с применением мониторинга ночных пенильных тумесценций	Чалый М.Е.
12.45-13.00	Мастер -Лекция	Современные методы диагностики и лечения сосудистых аномалий урогенитальной области у детей и взрослых	Сафин Д.А. Жуков О.Б. Тарусин Д.И. Матар А.А. Середницкая Н.А.
13.00-13.15	Мастер -Лекция	Новые технологии улучшения функционального состояния мочеполовой системы мужчины	Жуков О.Б. Melek U.Dumlu
13.15-13.20	<b>Презентация монографии «Новые технологии профилактики и лечения функциональных нарушений мочеполовой системы мужчин»</b>		
			Жуков О.Б. Melek U.Dumlu
13.20-13.35	Мастер -Лекция	Эмболизация внутренних подвздошных артерий с применением жидких эмболизирующих систем. Оценка Эффективности	Землянский В.В. Он-лайн
13.35-13.50	Мастер -Лекция	Высокая кухня и звезды Мишлен в отделении ЭКО Федерального центра	Витязева И.И. Он-лайн
<i>Перерыв</i>			

ВРЕМЯ	ФОРМАТ ПРОВЕДЕНИЯ	НАЗВАНИЕ СЕССИИ:	МОДЕРАТОРЫ/ СПИКЕРЫ
13.50-15.30	хирургический мастер-класс	Hands-on Training Course	Модераторы: Мкртчян А.А. Каминский П.В. Токарев О.А.
13.50-14.00	Презентация системы Трансляция из операционной	Лечения симптоматической обструкции венозного оттока системой венозного самораскрывающегося стента	Жуков О.Б.
14.00-15.00	Операция №1. Трансляция в конференцзал. Образовательный портал Мираполис	Селективная флебоиллиаография. Стентирование левой подвздошной вены. Больной А.34 г.	Опер. Жуков О.Б. Асс. Васильев А.Э. Комментирует Токарев О.А.
15.00-16.00	Операция №2. Трансляция в конференцзал. Образовательный портал Мираполис	Рентгенэндоваскулярная окклюзию патологических дренирующих вен полового члена. Стентирование левой подвздошной вены. Больной С. 21 г.	Опер: Жуков О.Б. асс. Васильев А.Э. Комментирует Мкртчян А.А.
16.00-16.15	Доклад	Эмболизация при аномалиях матки и шейечной беременности	Мкртчян А.А. Сулима А.Н.
16.15-16.30	Доклад	Клинический случай обширной венозной мальформации. Сосудистые и генетические аспекты диагностики и эндоваскулярного лечения	Черных В.Б. Жуков О.Б. Сафин Д.А.
16.30-16.45	<i>Подведение итогов завершение первого дня конференции. Осмотр оперированных больных</i>		

# Научная программа

## 10-й Школы АСУР с хирургическим мастер-классом. «КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ В СОСУДИСТОЙ УРОЛОГИИ И РЕПРОДУКТОЛОГИИ»

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


**19 мая 2023 года**

ВРЕМЯ	ФОРМАТ ПРОВЕДЕНИЯ	НАЗВАНИЕ СЕССИИ:	МОДЕРАТОРЫ/ СПИКЕРЫ
10.00-14.00	Сессия № 2	Инновационные технологии сохранения репродуктивного здоровья	Модераторы: Чалый М.Е. Жуков О.Б. Клименко П.М.
10.00-10.15	Доклад	Эмпирическая терапия мужского бесплодия. Что мы знаем?	Епанчинцева Е.А. Он-лайн
10.15-10.30	Доклад	Эндокринные причины нарушения репродуктивной функции мужчин	Астафьева Л.И. Он-лайн
10.30-10.45	Доклад	Полная победа над мужским бесплодием. Шах и Мат в три хода	Овчинников Р.И.
10.45-11.00	Доклад	Электронная микроскопия сперматозоидов при генетическом бесплодии мужчин	Брагина Е.Е. Он-лайн
11.00-11.15	Доклад	Антиоксиданты в терапии патоспермии	Аббасов Г.Я.
11.15-11.30	Доклад	Анеуплоидии сперматозоидов. Значение в реальной клинической практике	Епанчинцева Е.А. Селятицкая В.Г. Феофилов И.В. Пчелинцев Л.А. Он-лайн
11.30-11.45	Доклад	Генетическое обследование при нарушении фертильности	Черных В.Б. Он-лайн



<b>ВРЕМЯ</b>	<b>ФОРМАТ ПРОВЕДЕНИЯ</b>	<b>НАЗВАНИЕ СЕССИИ:</b>	<b>МОДЕРАТОРЫ/ СПИКЕРЫ</b>
11.45-12.00	Доклад	Синдром преждевременного истощения яичников и бедный овариальный ответ в практике врача репродуктолога	Витязева И.И. Он-лайн
12.00-12.15	Доклад	Генетические, патофизиологические и гендерные аспекты варикозной болезни вен таза в выборе метода лечения и профилактики	Жуков О.Б.
12.15-12.30	Доклад	Дисплазия соединительной ткани и атеросклероз, особенности течения, диагностики и эндоваскулярного лечения	Васильев А.Э.
12.30-12.45	Доклад	Метаболические аспекты улучшение фертильности и ГУМС в позднем репродуктивном периоде	Жуков О.Б. Белогазова С.А.
12.45-13.00	Доклад	Микробный пейзаж и антибиотикотерапия при андрологических заболеваниях в андрологии XXI века	Козлов Р.С. Аббасов Г.Я.
13.00-13.15	Доклад	Исследование ночных пенильных тумесценций в мониторинге за больными после рентгенэндоваскулярных операций	Жуков О.Б.
13.15-13.30	Доклад	Симптомы нижних мочевых путей и мужской гипогонадизм	Клименко П.М.
13.30-13.45	Доклад	Роль воспаления в мужской репродукции	Боголюбов С.В. Он-лайн
13.45-14.00	Доклад	Реализация репродуктивной функции мужчин и женщин с герминогенными опухолями	Носов А.К. Проценко С.А. Он-лайн
<i>Перерыв. Ответы на вопросы</i>			
<b>14.00-16.00</b>	<b>хирургический мастер-класс</b>	<b>Hands-on Training Course</b>	<b>Модераторы: Мкртчян А.А. Жуков О.Б.</b>
14.00-15.00	Операция №1 Трансляция в конференцзал. Образовательный портал Мираполис	Операция №1 Эмболизация артерий простаты. Больной Ш. 60 лет	Опер. Жуков О.Б. Асс. Васильев А.Э. Комментирует: Мкртчян А.А.

ВРЕМЯ	ФОРМАТ ПРОВЕДЕНИЯ	НАЗВАНИЕ СЕССИИ:	МОДЕРАТОРЫ/ СПИКЕРЫ
15.00-16.00	Операция №2 Трансляция в конференцзал. Образовательный портал Мираполис	Операция №2. Эмболизация патологического венозного дренажа кавернозных тел полового члена. Селективная флебоиллиакография. Склеротерапия тестикулярных вен с обеих сторон. Больной М. 46 лет	Опер. Жуков О.Б, Асс. Васильев А.Э. Комментирует: Мкртчян А.А.

16.00-16.30	Научно-практическая интерактивная сессия	Тренажер профессиональных контактов: «Методика проведения деловых переговоров в медицинской среде»	Жуков О.Б. Сафьянов В.Н.
		<p>Секция представляет собой уникальную возможность радикально усовершенствовать профессиональную коммуникативную компетентность специалиста, повысить качество и уровень его коммуникативных контактов, овладеть психотехникой управления деловых переговоров в медицинской среде.</p> <p><b>Сафьянов Владимир Иннокентьевич</b> <i>д.ф.н., профессор кафедры «Гуманитарные дисциплины» РФ ФГБОУ ВО «Московский политехнический университет»</i></p>	
16.30		Завершение школы. Вручение сертификатов.	Президиум АСУР

**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**

# СБОРНИК ТЕЗИСОВ

10-й Школы АСУР с хирургическим мастер-классом.  
Клинические рекомендации в сосудистой урологии  
и репродуктологии

18–19 мая 2023 года

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

## СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ СОСУДИСТЫХ АНОМАЛИЙ УРОГЕНИТАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ

*Д.А. Сафин, О.Б. Жуков, Д.И. Тарусин, А.А. Матар, Н.А. Середницкая*

Клиника педиатрии и детской хирургии, первый центр «Гемангиома», г. Москва, Россия

## MODERN METHODS OF DIAGNOSIS AND TREATMENT OF VASCULAR ANOMALIES OF THE UROGENITAL REGION IN CHILDREN AND ADULTS

*Safin D.A., Zhukov O.B., Tarusin D.I., Matar A.A., Serednitskaya N.A.*

**Введение.** Сосудистые аномалии (СА) представлены различными нарушениями эндотелия, которые могут поражать артерии, вены, капилляры или лимфатические сосуды. Преимущественно эта патология имеет доброкачественный характер и выявляется у новорожденных, но также она может манифестировать в подростковом или более старшем возрасте. Урогенитальная область не является типичной для СА, но расположение образования в этой зоне может приводить к таким

осложнениям как, болевой синдром, тромбоз, появление язв, кровотечение из эрозированных сосудов, тромбоцитопении, нарушение эректильной функции и другим.

**Цель.** Познакомить с современным представлением о СА, рассказать о методах диагностики и лечения данной патологии.

**Материалы и методы.** В 1996 году Международное общество по изучению сосудистых аномалий (ISSVA) предложило классификацию СА. В основу этой классификации легло исследование Mulliken и Glowacki, которые разделили все сосудистые образования на сосудистые мальформации и сосудистые опухоли. В настоящее время именно классификация ISSVA является общепризнанной и рекомендованной к использованию специалистами.

К сожалению, приходится констатировать тот факт, что до настоящего времени сохраняются сложности в диагностике и лечении сосудистых аномалий. Это связано с рядом причин – множеством вариантов различных видов СА и схожестью их внешних проявлений, а также использованием различными специалистами устаревших терминов.

Среди сосудистых опухолей, чаще всего встречается младенческая гемангиома, которая проходит определенные фазы развития. При расположении гемангиомы в области промежности возможно наличие LUMBAR или SACRAL синдромов. Сосудистые мальформации в основном представлены венозными или лимфатическими пороками развития.

Основным методом диагностики СА, который должен использоваться рутинно, является ультразвуковое исследование. Для компьютерной томографии и магниторезонансной томографии должны быть выставлены показания. Еще реже выполняется патогистологическое исследование с иммуногистохимическим анализом.

В зависимости от вида СА в арсенале современной медицины есть медикаментозное лечение (бета-блокаторы, рапамун), лазерные технологии, склеротерапия, эмболизация и другие малоинвазивные методы.

**Заключение.** Правильное лечение СА напрямую зависит от правильной диагностики. Для улучшения диагностики рекомендовано использовать классификацию ISSVA, отказаться от использования устаревших терминов. В центре, занимающимся лечением СА должна работать мультидисциплинарная команда врачей, включающая урологов.

# МУЖСКОЕ БЕСПЛОДИЕ ПРИ СИНДРОМЕ КЛАЙНФЕЛЬТЕРА

*О.Б. Жуков<sup>1</sup>, Л.И. Астафьева<sup>2</sup>, Бабушкина Е.В.<sup>3</sup>*

<sup>1</sup> НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н. А. Лопаткина – филиал  
ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России;

<sup>2</sup> ФГАУ «ННПЦ нейрохирургии им. акад. Н. Н. Бурденко» Минздрава России; Россия;

<sup>3</sup> ООО «Медина-Фарм»

**Ведение.** Гипергонадотропный гипогонадизм — междисциплинарное заболевание с отсутствием единого алгоритма лечения.

**Материалы и методы.** В НИИ урологии обследован пациент 17 лет с жалобами на снижение эрекции. При диагностике проведено ультразвуковые доплеровские исследования органов мошонки, предстательной железы, УЗДГА сосудов полового члена, биопсия яичка, определение кариотипа пациента (для верификации генетически обусловленной патологии), спермограмма, уровень ингибина В и половых гормонов, МРТ головного мозга.

**Результаты.** Выявлен высокий уровень гонадотропинов (ФСГ 73,3 мЕд/л, ЛГ 41,5 мЕд/л) со сниженным уровнем тестостерона до 5,1. Ингибин В меньше 2,6 нг/мл. В спермограмме — азооспермия. При ультразвуковом исследовании: органов мошонки (признаки двусторонней гипоплазии яичек — объем яичек 1,2 см<sup>3</sup>), предстательной железы (признаки уменьшения размеров предстательной железы объем 4,6 см<sup>3</sup>), сосудов полового члена (снижение пиковой систолической скорости кровотока 3,98. Индекс периферического сопротивления 0, 74). МРТ головного мозга: образование гипофиза, более вероятно гиперплазия гипофиза. При цитогенетическом исследовании — кариотип 47, XXУ. Консультация генетиком с заключением о синдроме Клайнфельтера, первичном гипергонадотропном гипогонадизме. При Micra – Teze сперматозоиды не найдены. Проводится андрогенозаместительная терапия тестостероном 50 мг — 1раз в сутки с мониторингом контролем через 6 месяцев в виде МРТ головного мозга с контрастированием и осмотром нейрохирургом и окулистом.

**Выводы.** Отсутствие единого алгоритма эффективного лечения пациентов с гипергонадотропным гипогонадизмом, сложность дифференциального диагноза (гиперплазии гипофиза с опухолью гипофиза) могут привести к неоправданному риску хирургического лечения. Необходимо междисциплинарное сотрудничество специалистов для сохранения фертильности и определения эффективной гормонозаместительной терапии.



# ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ У БОЛЬНЫХ С РЕЦИДИВИРУЮЩИМ ВАРИКОЦЕЛЕ

*О.Б.Жуков<sup>1</sup>, В.А.Уколов<sup>2</sup>, В.М.Сниткин<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Научно-исследовательский институт урологии и интервенционной радиологии им. Н. А. Лопаткина – филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский радиологический центр» Минздрава России;

<sup>2</sup> Государственное бюджетное учреждение здравоохранения детская поликлиника №7 Департамента здравоохранения города Москвы

**Введение.** Рецидивирующее варикоцеле является сложной медико-социальной проблемой урологии. Причинами рецидива варикоцеле могут являться различные сосудистые аномалии, в том числе аортомезентериальный пинцет, синдром May – Thurner и др.

**Материалы и методы.** С сентября 2017 по декабрь 2018 г. обследованы 254 больных с варикоцеле, из них рецидивирующее варикоцеле выявлено у 31 пациента, у 16 больных выявлен рецидив варикоцеле с обеих сторон, сдавление левой общей подвздошной вены правой общей подвздошной артерией-синдром May-Thurner подтвержден у 8 больных. Средний возраст больных с синдромом May – Thurner составил 19.2+4.3 лет. При настоящем клинико-урологическом обследовании проводили осмотр с применением компрессионных проб, исследование уровня половых гормонов, спермограммы, ультразвуковое доплеровское исследование органов мошонки с оценкой тестикулярного объема яичек, УЗДГА подвздошных сосудов, аорто-мезентериального сегмента, предстательной железы с определением характера кровообращения в венах перипростатического венозного сплетения Была использована безконтрастная МР флебография нижней поллой вены, прямая флебоиллиакография, флеботонометрия.

**Результаты.** У всех больных с синдромом May – Thurner при триплексном ультразвуковом исследовании подвздошных сосудов выявлено престенотическое расширение левой общей подвздошной вены до 2—2,5 см, в месте компрессии ее правой общей подвздошной артерией. Далее отмечалось о ее сужение до 2,3—4,5 мм с усилением кровотока до 20—24 см/с, по сравнению с правой общей подвздошной веной, которая лоцировалась нормальных размеров до 0,9—1,2 см скоростью кровотока до 10—11см/с. По венам гроздевидного сплетения определялся выраженный патологический ретроградный кровоток до 3—8 см/с, отсутствующий в покое. При исследовании тестикулярного

объема объем левого яичко был снижен до  $11,3 \pm 3,6$  см<sup>3</sup> по сравнению с правой стороной, где объем составил  $14,1 \pm 2,4$  см<sup>3</sup>.

Следующим этапом проводилась МРТ флебография системы нижней полой вены для пространственной реконструкции магистральной сосудов таза. По данным МР — флебографии диагноз синдром May – Thurner был подтвержден у всех пациентов с УЗ признаками сужения левой общей подвздошной вены. По данным проведения флеботонометрии у 4 больных градиент давления в левой общей подвздошной вены не превышал 5 мм рт ст, у 4 больных 6—8мм рт ст, у 2-х он составил 8—10 мм рт. ст., что соответствовало легкой и умеренной степени флебогипертензии и коррелировало с данными триплексного исследования подвздошных вен.

**Выводы.** Рациональным этапом диагностического алгоритма больных с рецидивирующим варикоцеле является проведение ультразвукового доплеровского исследования мошонки и подвздошных вен таза. В случае выявления в общих подвздошных венах ассиметрии кровотока следующим этапом является подтверждение степени флебогипертензии, в зависимости от результатов которой принимается решение о необходимости стентирования левой общей подвздошной вены или консервативного лечения венотониками.

## **НАШИ РЕЗУЛЬТАТЫ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА ТАЗОВОГО ВЕНОЗНОГО ПОЛНОКРОВИЯ У ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНЬЮ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ**

*Шуликовская И.*

ГБУЗ ИОКБ, г Иркутск, shulikovskaja@rambler.ru

**Введение.** Синдром тазового венозного полнокровия — патология частая, но не всегда диагностируемая.

**Цель исследования.** Оценить частоту встречаемости синдрома тазового венозного полнокровия у женщин, страдающих варикозной болезнью нижних конечностей.

**Материалы и методы.** В исследование включены 98 пациенток с варикозной болезнью нижних конечностей, которые поступили в отделение сосудистой хирургии Иркутской областной клинической больницы на плановое оперативное лечение данной патологии. Все больные имели хроническую венозную недостаточность нижних конечностей I, II, степени. Мы выполняли тщательный сбор анамнеза. Так же выясняли возникновение хронических болей в нижних отделах живота. Обращали внимание на чувство дискомфорта и боли во время и после полового акта (диспареуния). Проводили так же тщательный осмотр ягодичных областей и промежности с целью выявления варикозно-изменённых вен. Клинические же проявления заболевания можно заподозрить не более чем у 10%. Поэтому всю диагностику мы строили на результатах ультразвукового дуплексного сканирования (УЗДС). УЗДС осуществлялось с использованием трансабдоминального и трансвагинального датчиков. Есть несколько стадий процесса. Первая стадия определялась при диаметре вен 5—7 мм, захватывающих верхний край левого яичника. При второй стадии диаметр вен составлял 8-9 мм и они захватывали весь левый яичник. При третьей стадии заболевания вены составляли 10—13 мм и располагались ниже нижнего края левого яичника с выраженным варикозным расширением вен матки, малого таза и правого яичника.

**Результаты.** Наше исследование показало, что у 66 пациенток (67%) наблюдались хронические боли в нижних отделах живота, которые возникали после длительных статических и динамических нагрузок и усиливались во вторую фазу менструального цикла. У 49 человек (50%) отмечалась диспареуния. И только лишь у 35 пациенток (36%) выявлено варикозное расширение поверхностных вен в промежности и ягодичных областях. При выполнении УЗДС выяснилось, что варикозно-расширенные вены таза имеют 52 человек (53%). Средний диаметр первично варикозно-расширенных овариальных вен составил  $7,01 \pm 0,5$  см.

**Выводы:** боль внизу живота — причиной ее очень часто является синдром тазового венозного полнокровия. Обращая внимание только на клинические проявления заболевания, можно заподозрить патологию лишь в небольшом проценте случаев. Ультразвуковая диагностика вен малого таза выступает в роли незаменимого помощника в постановке диагноза, являясь миниинвазивным и высокоинформативным методом диагностики венозного полнокровия малого таза.

# СТЕНТИРОВАНИЕ ЛЕВОЙ ПОЧЕЧНОЙ ВЕНЫ: ПОКАЗАНИЯ, БЛИЖАЙШИЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

*Васильев А.Э.<sup>1</sup>, Жуков О.Б.<sup>2</sup>, Сеницын В.Е.<sup>3</sup>, Сулима А.Н.<sup>4</sup>*

<sup>1</sup> ФГБУ НМИЦ Гематологии Минздрава России

<sup>2</sup> - ФГАОУ ВО РУДН

<sup>3</sup> - Факультет Фундаментальной Медицины МГУ им. М. В. Ломоносова

<sup>4</sup> - Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии № 1 Медицинской академии им. С. И. Георгиевского ФГАОУ ВО «КФУ им. В. И. Вернадского», vasilisa\_oven@mail.ru

**Введение.** Впервые синдром сдавления ЛПВ в «аорто-мезентериальном пинцете» описал анатом L.C.B. Grant в 1937 г. Клиническая картина (гематурия, варикоцеле и боли в левом боку) была впервые описана в 1950 г. A.R. El-Sadr и A. Mina. А в 1972 г. A. De Schepfer описал случай макрогематурии и назвал его Nutcracker phenomenon (синдром орехокола). Мы предлагаем к обсуждению наш личный опыт эндоваскулярного лечения 35 пациентов с феноменом орехокола.

**Материалы и методы.** В период с 2003 по 2020 годы было прооперировано 35 человек. Мужчин — 7 в возрасте 39—54 лет (в среднем 44,3 года), женщин — 28 в возрасте 31—64 лет (в среднем 34,7 года). Все пациенты были обследованы по принятому алгоритму: ультразвуковое доплеровское и дуплексное сканирование (УЗС), компьютерная томография (КТ) или магнитно-резонансная ангиография (МРА). Все были осмотрены урологом и (или) гинекологом. В качестве предоперационной подготовки исследовалась кровь на общий, биохимический анализ, оценивалось состояние гемостаза. Все пациенты дали письменное информированное согласие на участие в исследовании. При УЗС у всех пациентов были выявлены признаки стенозирования ЛПВ в «аортomezентериальном пинцете» с ускорением линейной скорости кровотока в стенозированном сегменте. Также были получены данные за варикоцеле, варикозную трансформацию параовариальных вен и вен малого таза (трансвагинальное сканирование). При МРТ-ангиографии у всех пациентов, подвергшихся в последующем процедуре стентирования, была обнаружена отчетливая картина аорто-мезентериальной компрессии ЛПВ. Прямая контрастная флебография (ПКФ) в подавляющем большинстве случаев (33 — 94%) предшествовала принятию решения о проведении стентирования ЛПВ. В двух случаях (6%) прямая почечная флебография завершилась стентированием ЛПВ.

Первое стентирование левой почечной вены было выполнено 24 февраля 2003 года.

Показаниями к проведению стентирования левой почечной вены мы считаем наличие следующих критериев: клиническая картина: жалобы на пельвиалгию, диспареунию, жалобы на абдоминальную и поясничную боль более 6 по данным визуально-аналоговой шкалы, гематурия по факту или гематурия в анамнезе, гемодинамически значимая дизурия, бесплодие в паре.

В результате проведенного клинико-инструментального обследования, определения показаний, всем пациентам было выполнено стентирование левой почечной вены. В 34 случаях стентирование выполнялось трансфеморальным доступом, в одном случае трансюгулярным. Использовались только нитиноловые самораскрываемые стенты следующих производителей: Zilver (Cook) — 16, Proteghe (Medtronic) — 17, Optimed — 1, Venovo (Bard) — 1. Размерный ряд: в 2-х — случаях 12 x 40 мм, в 2-х случаях — 16 x 40 мм, в остальных (31) — 14 x 40 мм. Размер подбирался по результатам тщательного измерения диаметров «здорового» и компримированного участков вены по данным преимущественно флебографического исследования, произведенной в прямой и боковой проекциях. Диаметр стента - истинный диаметр вены + 2 мм. Учитывалась также протяженность деформированного сегмента вены, во всех случаях позволившая остановиться на 40 мм длины стента. В предоперационном периоде за одну неделю до планируемого вмешательства назначалась двойная дезагрегантная терапия (клопидогрел 75 мг — 1 раз в сутки, кардиомагнил 75 мг — 1 раз в день). С предварительной оценкой агрегации тромбоцитов принималось решение о готовности пациентов к эндоваскулярному лечению. В редких случаях, из-за неэффективной работы клопидогрела, пациенты были переведены на брилинту (тикагрелор) 60 мг — 2 раза в сутки. В послеоперационном периоде такая схема терапии назначалась на 6 месяцев с последующим переходом только на прием препаратов ацетилсалициловой кислоты.

**Результаты и обсуждение.** В подавляющем большинстве случаев (4 мужчин и 26 женщин) 23 больным проведены симультанные операции, включающие стентирование левой почечной вены и спиральную эмболизацию либо склеротерапию (часто в комбинации) тестикулярных, овариальных вен. В 4 случаях, у женщин, в разные сроки (от 6 месяцев до 1 года) до стентирования ЛПВ были проведены эндоваскулярные вмешательства по поводу синдрома Мея—Тернера. Произво-



дилось стентирование левой общей подвздошной вены. В 5 случаях (3 мужчин, 2 женщины) было проведено только стентирование левой почечной вены. Во всех случаях был достигнут технический успех. При этом, радиально направленного усилия стента, оказываемого им на стенки сосуда, оказалось достаточно, чтобы в необходимом геометрическом объеме изменить конфигурацию вены, существенно повлияв не гемодинамические характеристики. Ни в одном случае не потребовалось проведения постдилатации стентированного сегмента, что, на наш взгляд явилось предиктором профилактики в послеоперационном периоде стент-тромбозов и рестенозов в стенке. За период наблюдения от 10 месяцев до 17 лет не было отмечено ни одного случая стент-тромбоза, рестенозирования в стенке. В 3 случаях в ближайшем послеоперационном периоде отмечалась люмбалгия, требовавшая приема обезболивающих. Болевой синдром купировался в 2 случаях в течение 1,5 месяцев, в 1 случае он сохранялся до 3 месяцев. Очень хороший, устойчивый эффект отмечен у подавляющего большинства пациентов. Гематурия в ближайшем и отдаленном периодах наблюдений не отмечена ни в одном случае. В 88,6% (31 пациент, из них 7 мужчин и 24 женщины) был купирован «привычный» болевой синдром. При этом указанный эффект был отмечен практически сразу. При проведении регулярного опроса в течение ближайших после стентирования 3 лет из 35 пациентов 21 пациент отметил отсутствие или практическое отсутствие болей (0-1 балл по визуально-аналоговой шкале), 10 пациентов отмечали периодические умеренные боли (3—5 баллов), практически не отражающиеся на их трудоспособности и качестве жизни. И только 4 женщины отметили лишь некоторое облегчение. Болевой синдром сохранялся у них на уровне 6—8 баллов. У 3 мужчин с скомпromетированной фертильностью в течении 6 месяцев после операции наступила нормализация спермограммы. Практически в 80% случаев (21 пациентка) улучшился гинекологический статус — уменьшилась пельвиалгия, диспареуния, дисменорея. В двух случаях наступившая беременность завершилась успешными самостоятельными родами. В 8 случаях из 9 (3 мужчин и 5 женщин) были купированы дизурические расстройства. Отмечен целый ряд положительных «побочных» эффектов в виде исчезновения или значительного уменьшения интенсивности приступов головной боли, вариантных форм стенокардии, в 2 наблюдениях наступила устойчивая стабилизация в течении сахарного диабета. В 78% случаев артериальной гипертензии (18 человек) отмечено заметное улучшение — стабилизировалось системное артериальное давление, уменьшилась потребность в приеме гипотензивных препаратов, «ушла» кризовая составляющая в структуре заболевания.

Обнаруженные «побочные» эффекты стентирования ЛПВ позволяют задуматься и по-новому посмотреть на проблему. Однако, это требует углубленного анализа, изучения патогенетических механизмов.

**Заключение.** Стентирование ЛПВ — эффективный и безопасный метод лечения компрессионного синдрома, сопровождающую венозную гиперволемию, имеющую множество клинических проявлений. В настоящее время пельвиалгия, персистирующий болевой синдром (не менее 6 баллов) по визуально-аналоговой шкале (ВАШ), рецидив варикоцеле или овариоварикса, приводящие к нарушению репродуктивной функции, дизурия, обусловленная венозным полнокровием, гематурия, вторичное варикозное расширение вен нижних конечностей, прогрессирующее варикозное расширение вен таза в виде , патологического венозного дренажа кавернозных тел полового члена, прогрессирование наружного или внутреннего геморроя являются показаниями для углубленного дообследования этих больных и возможного последующего стентирования ЛПВ. Соблюдение диагностического алгоритма в виде триплексного ультразвукового исследования почечных гонадных вен с исключением в них престенотического расширения, асимметрии кровотока более 8 см/с диктует необходимость продолжение лучевого обследования в виде бесконтрастной МР флебографии для выявления преимущественного этажа и стороны поражения с последующим анализом клинической картины, и проведением заключительного диагностического этапа — прямой флебографии. Эти этапы обследования позволяют довольно уверенно определить показания к эндоваскулярному вмешательству в виде стентирования левой почечной вены и зачастую симультанным выполнением эмболизации тестикулярных или овариальных вен. Использование предоперационной лучевой навигации, проработка технических вопросов операции с выбором подразмерного стента, доступа и безукоризненное ее исполнение по строгим клиническим показаниям гарантируют успех. Эффективность операции очевидна и сопровождается целым рядом «побочных» положительных эффектов, что требует дополнительного изучения обсуждаемой нозологии с привлечением смежных специалистов и использованием междисциплинарного подхода в современном здравоохранении и персональной медицины.

# НАШИ НОВЫЕ ПРОЕКТЫ



Ассоциация сосудистых урологов и репродуктологов



ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов»



РНО специалистов по рентгенэндоваскулярной диагностике и лечению



Российское общество рентгенологов и радиологов



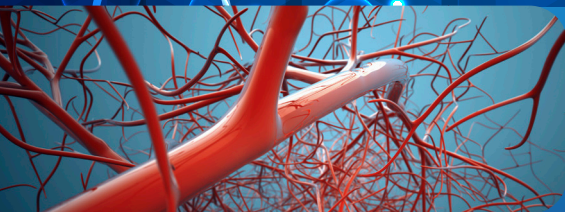
## VII КОНГРЕСС АСУР

12—13 октября 2023 г.



# «ФУНДАМЕНТАЛЬНАЯ АНГИОРЕПРОДУКТОЛОГИЯ В СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЕ»

ФОРМАТ МЕРОПРИЯТИЯ ГИБРИДНЫЙ: ONLINE+OFFLINE



Центральный дом ученых РАН,  
Москва, ул. Пречистенка, 16

ИНФОРМАЦИОННЫЕ ПАРТНЕРЫ:



ПрофМедПресс



МЕДФОРУМ  
ИНТЕРНЕТ-МЕДИЦИНСКАЯ ИНФОРМАЦИЯ  
КТОСКОПИ  
В ЧЕКАНОВС



Uroweb



ВРАЧИ  
РАДИОЛОГИ  
ВРАЧИ РФ

АБВ  
ПРЕСС  
ИЗДАТЕЛЬСКИЙ ДОМ



<http://avur.international>  
<http://uroworkshop.com>