

ский способ ликвидации кисты с малой частотой осложнений.

Цель исследования. Оценить эффективность ретроперитонеоскопической декорткикации кисты почек у пациентов с наличием симптомов патологии.

Материалы и методы. За период с января 2016 по декабрь 2018 г. ретроперитонеоскопическая декорткация кист почек была выполнена 78 пациентам. Мужчин было 56 (72 %), женщин — 22 (28 %). Средний возраст больных составил $46,6 \pm 4,6$ года (диапазон 32–67 лет). Причинами обращения больных к урологу были боль в поясничной области на стороне поражения ($n = 67$), инфекция мочевого тракта ($n = 12$), артериальная гипертензия ($n = 5$) и гематурия ($n = 4$). После ранее проведенной склеротерапии кисты почек рецидив выявлен у 12 (15 %) пациентов. Перед операцией всем больным выполнены ультразвукография почек, внутривенная урография, магнитно-резонансную томографию применяли при сомнении в доброкачественной природе кисты. Средний размер кист составил $9,8 \pm 5,8$ см (диапазон от 6 до 20 см). Кисты были расположены в нижнем сегменте у 16 (20,5 %) пациентов, в среднем сегменте — у 37 (47,4 %) пациентов и в верхнем — в 25 (32 %) случаях.

Результаты. Ретроперитонеоскопический доступ выполняли по стандартной методике. Резекцию стенки кисты осуществляли при помощи ультразвукового скальпеля у 4 больных, в остальных случаях использовали лапароскопические ножницы с биполярной коагуляцией. Во всех случаях выполнена частичная резекция стенки кисты. Операцию завершали дренированием забрюшинного пространства одним силиконовым дрена-

жем, который удаляли, если не было осложнений, в среднем на 2–3-и сутки. Средняя продолжительность оперативного вмешательства составила $104,2 \pm 12,6$ минуты (от 56 до 190 минут). Интраоперационная кровопотеря составила в среднем $50,4 \pm 0,6$ мл (диапазон от 0 до 60 мл). Интра- и послеоперационных осложнений, требующих дополнительных вмешательств, не было. Длительность пребывания в стационаре составила в среднем $2,5 \pm 0,1$ дня, и пациенты приступали к своей трудовой деятельности в течение $4,6 \pm 0,4$ дня. Все больные находились под наблюдением в течение 12 месяцев после вмешательства. Полностью избавились от боли в поясничной области 62 (92,5 %) пациента, в остальных случаях интенсивность ее значительно уменьшилась и пациенты перестали принимать обезболивающие средства. После ликвидации кисты рецидива инфекции мочевого тракта не наблюдали ни у одного больного в течение 6 месяцев. Нормализация артериального давления отмечена у трех (60 %) пациентов, однако в остальных случаях гипертензия сохранилась, но стала лучше поддаваться лекарственной терапии. Эпизодов повторения гематурии не выявлено ни у одного из 4 пациентов.

Заключение. Длительное наблюдение за больными с симптоматическими кистами почек, подвергнутыми оперативному вмешательству, показало, что ретроперитонеоскопическая декорткация кисты является эффективным и безопасным вариантом лечения подобной патологии. После операции продолжительность пребывания больного в стационаре невелика и реабилитация происходит в очень короткий период времени.

КОМБИНИРОВАННЫЕ РЕНТГЕНОХИРУРГИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ВЕНОГЕННОЙ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ

© А.А. Канто^{1, 2}

¹ Многопрофильный медицинский холдинг «СМ-Клиника» (Москва);

² ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов» Министерства образования и науки РФ (Москва)

Введение. В структуре эректильной дисфункции превалирует венозная недостаточность полового члена. Причиной венозной недостаточности полового члена чаще всего служит варикозная болезнь вен органов малого таза вследствие артериовенозных конфликтов (Nutcracker phenomenon, posterior nutcracker phenomenon, May-Thurner syndrome). По мнению большинства исследователей, эффективность лигирования и резекции дорзальной вены полового члена для коррекции веногенной эректильной дисфункции является

низкой. Этим пациентам чаще всего предлагают протезирование полового члена. Альтернативное направление в оперативном лечении веногенной эректильной дисфункции представлено рентгенохирургической эмболизацией вен простатического сплетения, которую стали применять во всем мире с 1984 г. По данным литературы, она эффективна в среднем в 85 % случаев. Операцию проводят антеградно через инцизию или пункцию дорзальной вены полового члена или ретроградно через трансфеморальный рентгенохирургический

доступ. Новым направлением является выполнение комбинированных операций, позволяющих воздействовать как на причины венозного полнокровия органов малого таза, так и на патологический венозный дренаж.

Материалы и методы исследования. С 01.11.2017 по 14.03.2019 было обследовано 37 пациентов с веногенной эректильной дисфункцией. Обследование включало в себя: 1) оценку состояния пациента с помощью МИЭФ-5; 2) ультразвуковое исследование органов мошонки с ЦДК; 3) ТРУЗИ; 4) ультразвуковую фармакодоплерографию полового члена; 5) МРТ нижней полой вены и сосудов малого таза; 6) динамическую фармакокавернозографию. Показаниями к эмболизации простатического сплетения были: 1) МИЭФ-5 от 5 до 20 баллов; 2) патологический венозный дренаж из кавернозных тел полового члена. Показаниями к ангиопластике и стентированию подвздошных вен были: 1) выраженные симптомы со стороны тазовых органов (боль, дизурия, эректильная дисфункция); 2) двустороннее и/или рецидивное варикоцеле; 3) варикозное расширение вен предстательной железы II–III степени (максимальный диаметр вен простатического сплетения >5 мм); 4) компрессия подвздошных вен по данным МРТ и флебографии; 5) наличие коллатерального кровообращения подвздошных вен по данным флебографии; 6) градиент давления в участках дистальнее и проксимальнее стеноза по данным прямой флебоманометрии не менее 4 мм рт. ст.

Результаты исследования. Возраст пациентов колебался от 20 до 65 лет и в среднем составлял 38,5 года. У всех пациентов было выявлено двустороннее варикоцеле и варикозное расширение вен предстательной железы II–III степеней. С 18.06.2018 по 19.01.2019 было выполнено 11 эмболизаций вен простатического сплетения спиралями Gianturko: в том числе 8 эмболизаций вен простатического сплетения в сочетании с ангиопластикой и стентированием левой общей подвздошной вены стентами Wallsten-Uni Endoprothesis; 2 эмболизации вен

простатического сплетения в сочетании с ангиопластикой и стентированием левой общей подвздошной вены с эмболизацией левой яичковой вены спиралями Gianturko. В послеоперационном периоде было отмечено восстановление эрекции у 7 и улучшение эрекции у 2 пациентов. Сумма баллов по МИЭФ-5 в среднем составила 21.

Обсуждение. Наличие выраженного патологического венозного дренажа из кавернозных тел по данным динамической фармакокавернозографии не позволяет надеяться на восстановление эрекции после устранения артериовенозных конфликтов (Nutcracker syndrome, May-Thurner syndrome) и варикозной болезни вен органов малого таза. Это определяло показания к комбинированным рентгенохирургическим операциям.

Выводы. В 2018 г. мы впервые выполнили: 1) ретроградную рентгенохирургическую эмболизацию вен простатического сплетения из трансбазиллярного доступа; 2) рентгенэндоваскулярную антеградную окклюзию вен простатического сплетения в сочетании с рентгенэндоваскулярной ангиопластикой и стентированием левой общей подвздошной вены; 3) ретроградную трансфеморальную рентгенохирургическую эмболизацию вен простатического сплетения в сочетании с ангиопластикой и стентированием левой общей подвздошной вены; 4) ретроградную рентгенохирургическую эмболизацию вен простатического сплетения из трансбазиллярного доступа в сочетании с ангиопластикой и стентированием левой общей подвздошной вены; 5) эмболизацию левой яичковой вены, ретроградную трансфеморальную рентгенохирургическую эмболизацию вен простатического сплетения в сочетании с ангиопластикой и стентированием левой общей подвздошной вены. Применение новых высокотехнологичных рентгенохирургических методик позволяет решать проблему веногенной эректильной дисфункции без выполнения эндофаллопротезирования и возможно только на стыке таких специальностей, как урология, андрология и рентгенохирургия.

ТАЗОВЫЕ ФЛЕБОЛИТЫ КАК ПРИЗНАК ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ ВЕН ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА У МУЖЧИН

© А.А. Канто^{1, 2}

¹ Многопрофильный медицинский холдинг «СМ-Клиника» (Москва);

² ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов» Министерства образования и науки РФ (Москва)

Введение. Тазовые флеболиты были впервые описаны С.В. Rokitansky (1856) в перипростатическом венозном сплетении. J.H. Orton (1908) впер-

вые провел дифференциальную диагностику тазовых флеболитов и конкрементов мочеточника. G. Dillon и H. Cody (1928) впервые связали тазо-