

УДК 616.665-002.

ИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ВЕНОЗНОЙ ФОРМЫ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ

А.А. Хамзин

Казахский национальный медицинский университет, им. С.Д. Асфендиярова

Проблема сексуальных расстройств в последнее время привлекает все большее внимание специалистов. Качество эректильных функций является неотъемлемой частью качества жизни – критерию, требования к которому в связи с увеличением средней продолжительности жизни неуклонно возрастают. Актуальность проблемы сексуальных расстройств связана ещё и с ее распространенностью. В настоящее время считается доказанным, что в возрасте 40-45 лет около 50% мужчин испытывают те или иные трудности связанные с расстройствами эрекции.

Целью нашего исследования явилось изучение данных перфузионной кавернозометрии при венозной форме эректильной дисфункции.

Нами было обследовано 15 пациентов с венозной формой эректильной дисфункции. Возраст больных колебался от 24 до 56 лет. Всем больным была выполнена перфузионная кавернозометрия и ангиография в режиме субтракции на ангиографическом аппарате Сиремобиль 2000 фирмы Сименс.

Методика заключалась в том, что пунктировалось одно кавернозное тело иглой соединенной с перфузионным насосом. Перфузия в кавернозные тела производилась в разных режимах в зависимости от фазы эрекции. В фазу тумесценции, при наполнении кавернозных тел и увеличение их в объеме, подбирается такой минутный объем, при котором создается положительный дебит, и начинается развитие эрекции с максимальным углом отклонения полового члена от вертикальной оси. В норме при психогенной импотенции эта скорость составляет 100-140 мл/мин, но может составлять 80-160 мл/мин, что встречается в более ранних возрастных группах обследуемых, а также в случаях выраженных отклонений размеров полового члена от среднестатистических. При перфузии кавернозных тел физиологическим раствором, содержащим контрастное вещество, по мере развития эрекции можно визуально проследить сброс жидкости по магистральным венам. В нашей работе мы использовали физиологический раствор, содержащий 12% Ультровиста, что позволяет проводить хороший динамический контроль и получить достаточно информативные рентгеновские снимки для тщательного изучения венозного русла в фазу тумесценции. Рентгеновский снимок выполняется с захватом полового члена и вен малого таза до уровня средней трети крыльев подвздошных костей. По окончании фазы тумесценции, когда половой член приходит в максимально эрегированное положение, устанавливается поддерживающий поток жидкости, при котором сохраняется максимальная эрекция со стабильным углом отклонения полового члена от вертикальной оси. В случаях нормы и у психогенных импотентов эта величина составляет 30-40 мл/мин. В этот период, когда имеется плато эрекции, выполняется второй снимок в той же позиции. В случаях нормы и у больных с психогенными расстройствами эрекции в фазу тумесценции отмечается контрастирование всех венозных коллекторов, по которым идет сброс крови из кавернозных тел. Как правило, хорошо контрастируется глубокая тыльная вена полового члена, санотриново сплетение, внутренние подвздошные вены, наружные срамные вены. В фазу развития полной эрекции остаются контрастированными только кавернозные тела, сброс контрастного веще-

ства в магистральные вены резко прекращается. При патологическом венозном дренаже, во время исследования отмечается высокая скорость перфузии. Для того, чтобы привести половой член в эрегированное состояние, она порой составляет 300 мл/мин. Даже при высокой скорости перфузии удается получить достаточную ригидность кавернозных тел, и половой член приходит в эрегированное положение, то на рентгенограммах в этот период все равно отмечается сброс контрастного вещества в венозные коллекторы. Поддерживающий поток в этот период при наличии патологического венозного дренажа имеет высокие показатели перфузии – 50 мл/мин и выше.

Следовательно, патологический венозный дренаж при обследовании имеет четкие признаки: 1) высокие скорости перфузии для создания эрекции, превышающие 140 мл/мин; 2) перфузионный поток поддерживающий эрекцию в стабильном положении, превышает 50 мл/мин.; 3) наличие контрастируемых венозных коллекторов в фазу полной эрекции полового члена. То есть патологический венозный дренаж возникает тогда когда, не срабатывает запирающий механизм венозного оттока, или не возможно создать положительный дебит для возникновения эрекции даже при высоких цифрах перфузии. Посредством контрастирования венозных коллекторов обычно всегда удается уточнить, в какие венозные коллекторы происходит венозный сброс. Мы наиболее часто наблюдали сочетанное контрастирование глубокой тыльной вены и внутренних подвздошных вен у 9 (60±12,6%) больных, из всех случаев обнаруженных нами патологического венозного дренажа. При этом у 4 (26,7±11,4%) больных встретилось изолированное контрастирование глубокой тыльной вены и ее притоков. У двух пациентов (13,3±8,8%) контрастировались только внутренние подвздошные вены. В 6 случаях (40±12,6%) расстройств эрекции мы отметили по данным кавернозометрии все признаки патологического венозного дренажа, однако при анализе кавернозограмм было выявлено контрастирование кавернозных тел без каких-либо коллекторов магистральных вен, берущих свое начало от белочной оболочки на всяческой части полового члена и ножек кавернозных тел. Не было отмечено контрастирование и спонгиозных тел у данной группы пациентов, но на расстоянии 5-7 см проксимальнее симфиза отмечалось контрастирование в системе внутренних подвздошных вен с последующим поступлением контрастного вещества в подвздошные вены. Применив более высокий процент контрастного вещества в перфузионном растворе, нам удалось визуализировать мелкую венозную сеть, идущую от основания полового члена и его ножек и постепенно формирующую мелкие вены, которые сливаются и образуют более крупные венозные стволы в системе внутренних подвздошных вен, то есть патологический венозный дренаж имел как бы диффузный характер со всеми гемодинамическими признаками при кавернозометрии как и в случаях, когда были магистральные вены берущие начало от белочной оболочки. Подобная картина отмечена нами у 6 больных (40±12,6%), при обследовании которых в до операционном периоде была выявлена клиника гипогонадизма и уровень тестостерона в крови был ниже 9 нмоль/л.

Возможно, подобная картина объясняется нарушением проницаемости белочной оболочки кавернозных тел при наличии у больных гипогонадизма и вследствие этого нарушения венооклюзионного механизма белочной оболочки с развитием в дальнейшем рецидивов патологического венозного дренажа полового члена.

Таким образом, для более точного определения характера венозной патологии полового члена показано проведение методики кавернозометрии с обязательным определением уровня тестостерона в крови и обязательным лечением гипогонадизма после выполнения операции на венозном коллекторе полового члена.

Эректильді дисфункцияның венозды формасының диагностикасының инвазивті әдістері **А.А. Хамзин**

Мақалада эректильді дисфункцияның венозды формасының диагностикасының инвазивті әдістерін клиникалық тәжірибеге кеңінен енгізудің қажеттігі негізделген.

Invasive methods of diagnostics of the venous form erectile dysfunctions **A.A. Hamzin**

In article necessity of wide introduction for clinical practice of invasive methods of diagnostics of the venous form of erectile dysfunction is proved.

УДК 616.36–002–036.22

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ СРЕДИ МУЖЧИН, ИМЕЮЩИХ СЕКС С МУЖЧИНАМИ

**С.Б. Имангазинов, С.Н. Ардабаева, Н.И. Бабина, Л.В. Мирза,
А.К. Молдабаева, Б.К. Жанахметова, Н.М. Садыков**
*Государственный медицинский университет г. Семей
Павлодарский областной центр СПИД, г. Павлодар*

Эпидемия ВИЧ-инфекции остается актуальной проблемой здравоохранения в республике [1]. Из числа зарегистрированных случаев преимущественное распространение ВИЧ имеет место среди мужчин (73,4%). По состоянию на 01.12.2009 года в Павлодарской области в 6 случаях или в 0,4% из общего количества ВИЧ-инфицированных, реализован гомосексуальный путь передачи ВИЧ-инфекции. Первый зарегистрированный случай ВИЧ-инфекции у представителей группы мужчин, имеющих секс с мужчинами (МСМ), в Казахстане был официально зарегистрирован в марте 1990 года в Карагандинской области [2]. Однако вопросы распространения ВИЧ среди них и их половых партнеров, а также организация профилактических работ мало изучены. Это связано с недоверием секс меньшинств органам власти и службе здравоохранения, что препятствует возможности более полной оценки ситуации по ВИЧ – инфекции среди них. Одной из ответных мер является оценка эпидемиологической ситуации по ВИЧ методом дозорного эпидемиологического надзора (ДЭН) [3].

Цель исследования

Изучение эффективности мероприятий по профилактике ВИЧ-инфекции, факторов риска и моделей поведения среди мужчин, имеющих сексуальные отношения с мужчинами.

Материалы и методы исследования.

Среди МСМ г. Павлодара двукратно проведен дозорный эпидемиологический надзор с участием волонтеров НПО «Анти - СПИД» при финансовой поддержке Проекта по контролю СПИД в Центральной Азии: в феврале-марте и повторно после проведения комплекса профилактических мероприятий в ноябре - декабре 2009 года. В обоих случаях были охвачены по 150 респондентов. В исследовании были включены мужчины, которые хотя бы один раз в течение последних 6 месяцев имели оральный или анальный секс с другими мужчинами. Дозорными участками являлись места, где МСМ собираются для поиска сексуальных партнеров и общения (рестораны, бары, особые участки городов,

квартиры). Данные о таких местах представили МСМ – волонтеры ОФ «Анти - СПИД».

ДЭН проводился методом приближенной к выборке, построенной самими респондентами. Участие в исследовании было анонимным и добровольным, на основе информированного согласия с до- и послетестовым консультированием.

Для лабораторного исследования проводился забор крови из пальца методом «сухой капли» с последующим тестированием на ВИЧ, гепатит С, сифилис. Скрининговое исследование образцов крови на ВИЧ, сифилис и вирусный гепатит С проводилось на Российских тест-системах ЗАО «Вектор-Бест» г. Новосибирск: «Комби-Бест анти ВИЧ – 1+2», «Рекомбинант антипаллидум стрип» и «Рекомбинат анти ВГС-стрип». В качестве экспертной тест-системы использована тест-система «Murex» фирмы «Abbott» США. Результаты анализов можно было узнать по индивидуальному коду.

Результаты исследования.

Социально-демографическая характеристика была следующей. Популяция отличалась высоким уровнем образования. В исходном изучении 54% МСМ имели высшее образование, при повторном – 55,3%. Выборочная совокупность была представлена респондентами от 18 до 54 лет и от 16 до 51 года соответственно. Медиана возраста составила 27 лет.

В обоих случаях ВИЧ-инфекции среди МСМ г. Павлодара не обнаружены (ДИ = 0 - 0,7%), тогда как ВГС выявлен в 2% случаев в феврале-марте и 0,7% - в ноябре-декабре (ДИ = 0 - 3,7%), сифилис – 2,7% и 10% соответственно (ДИ = 5,7 – 16%). Как известно, ВГС и сифилис являются маркерами присутствия рискованного поведения в отношении инфицирования ВИЧ, а именно, ВГС в плане возможного использования инъекционных наркотических средств, а сифилис - полового риска заражения инфекциями, передающимися половым путем (ИППП).

Данные изучения ответов на вопросы социологического опроса показывали на сохранение факторов по-