

ЛИТЕРАТУРА

1. Бокерия, Л.А. Лечение сердечной недостаточности методом ресинхронизации сердца / Л.А.Бокерия, А.Ш.Ревшвили, Н.М.Неминуший // Тихоокеанский медицинский журнал. - 2008.- № 1.- С. 5-11.
2. Гланц, С. Медико-биологическая статистика. - М.: Практика, 1999. – 459 с.
3. Закирова, А.Н. Хроническая сердечная недостаточность в клинической практике в Республике Башкортостан / А.Н.Закирова, З. Р.Альбеева, И.М.Карамова, Е.Р.Фахретдинова // Сердечная Недостаточность. - 2008. - Т. 9, № 3. - С. 104 -106.
4. Национальные рекомендации ВНОК И ОССН по диагностике и лечению ХСН (третий пересмотр) // Журнал сердечная недостаточность. - 2009. – Т. 10, № 2. - С. 64-103.
5. Покушалов, Е.А. Ресинхронизирующая электротерапия при хронической сердечной недостаточности / Е.А.Покушалов, А.Н.Туров, Я.В.Сырцева, С.В.Панфилов // сердечная недостаточность. – 2006. – Т. 7, №2. – С. 93-101.
6. Реброва, О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ Statistica. - М.:Медиа сфера, 2002. – 312 с.
7. Ревшвили, А.Ш. Сердечная ресинхронизирующая терапия в лечении хронической сердечной недостаточности / А.Ш.Ревшвили, Н. М.Неминуший // Вестник аритмологии. – 2007. - №48.-С. 47-57.
8. McAlister F.A., Ezekowitz J.A., Wiebe N. et al. Systematic review: cardiac resynchronization in patients with symptomatic heart failure // Ann Intern Med. - 2004. - №141. - P. 381-390.
9. Moss A J., Hall W. J. Cannom D. S. et all for the MADIT-CRT Trial Investigators Cardiac-Resynchronization Therapy for the Prevention of Heart-Failure Events // The New England journal of medicine. – 2009. – V. 361. - №.14. - P. 1329-1338

УДК 616.147.22-007.64-089

© Р.М.Гарипов, В.В. Плечев, О.В. Галимов, В.Ш. Ишметов, Л.Г. Чудновец,
А.В. Кондрашов, М.О. Логинов, И.Ф. Мухамедьянов, О.С. Шимков, И.Д. Утенская, 2010

Р.М. Гарипов, В.В. Плечев, О.В. Галимов, В.Ш. Ишметов, Л.Г. Чудновец,
А.В. Кондрашов, М.О. Логинов, И.Ф. Мухамедьянов, О.С. Шимков, И.Д. Утенская
**ЛЕВОСТОРОННЯЯ ПОЧЕЧНАЯ ФЛЕБОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ
АНЕВРИЗМЫ ЛЕВОЙ ПОЧЕЧНОЙ ВЕНЫ ПРИ ВАРИКОЦЕЛЕ**

ГОУ ВПО Клиники «Башкирский государственный медицинский университет», г. Уфа

Представлен опыт обследования и оперативного лечения пациентов с варикоцеле — 550 случаев, в 3 из которых диагностирована аневризма левой почечной вены. Обследование пациентов включает все основные современные виды диагностики данной патологии, главная из которых – левосторонняя почечная флебография, позволяющая на достаточно высоком уровне определить причину заболевания и разработать тактику хирургического лечения.

Ключевые слова: варикоцеле, аневризма левой почечной вены, эмболизация, левая внутренняя семенная вена.

R.M. Garipov, V.V. Plechev, O.V. Galimov, V.Sh. Ishmetov, L.G. Chudnovets,
A.V. Kondrashov, M.O. Loginov, I.F. Muhamedianov, O.S. Shimkov, I.D. Utenkaya
**LEFT RENAL PHLEBOGRAPHY IN DIAGNOSTICS OF ANEURISM
OF THE LEFT RENAL VEIN IN PATIENTS WITH VARICOCELE**

Our experience in diagnostics and surgical treatment of 550 patients with varicocele is presented in this paper. Aneurism of the left renal vein has been diagnosed in three out of the patients. Patient examination includes all main modern methods of diagnosing this pathology. The basic one is left renal phlebography that allows to find causes of the disease, and develop surgical treatment techniques with high validity.

Key words: varicocele, aneurism of the left renal vein, embolization, left internal seminal vein.

Расширение вен гроздьевидного сплетения как правило носит идиопатический характер, но может наблюдаться и как симптом при вторичном варикоцеле. И это расширение вен в орто- и клиностазе может свидетельствовать об органическом поражении венозной

системы, ущемлении левой почечной вены между верхней брыжеечной артерией и стволом аорты, так называемый аортомезентеральный «пинцет», о тромбозе печеночных вен, сдавлении новообразованием венозных магистралей и т.п. (Лопаткин Н.А. с соавт., 1998)

[1,2]. Наиболее часто встречаются кольцевидная почечная вена и ретроаортальная левая почечная вена - 1,5-1,8%, а аневризма левой почечной вены встречается в 0,5-0,7% случаев (Hoelt W. et al., 1990) [3,4].

Материал и методы

В период с 2003 по декабрь 2009 года проведено комплексное обследование и лечение с применением рентгеноэндоваскулярной эмболизации левой внутренней семенной вены (ЛСВ) 550 пациентов с варикоцеле.

Возраст обследованных больных колебался от 15 до 49 лет, средний возраст составил $24,5 \pm 4,3$ лет. В трех случаях диагностирована аневризма левой почечной вены, что составляет 0,6% от общего числа обследованных больных.

В необходимости проведения левосторонней почечной флебографии мы убедились при проведении двух операций, которые освещим в 1 и 2 клинических примерах.

Клинический пример 1. Больной Д., 28 лет, направлен в отделение рентгенохирургических методов диагностики и лечения Клиник БГМУ урологом-андрологом Центра планирования семьи с диагнозом: левостороннее варикоцеле II- III степени, бесплодие.

По данным ультразвукового дуплексно-го сканирования (УЗДС) левой почечной вены и вен семенного канатика: расширение нижней ветви левой почечной вены в средней трети - 13 мм с линейной скоростью кровотока - 30 см/с. с реверсивным кровотоком по левой внутренней семенной вене.

После пункции правой подключичной вены надключичным доступом по Йоффе под местной анестезией с установкой интродьюсера 5F по Сельдингеру, проводили ангиографический катетер VER (Vertebral) 5F в нижнюю полую вену, катетеризировали левую почечную вену, кончик последнего устанавливали в просвете средней трети левой почечной вены и приступали к измерению давления в ортостазе с использованием пьезоэлектрического датчика, устанавливаемого на уровне почечных лоханок, в спокойном состоянии и на пробе Вальсальвы. Применяя разработанную нами методику рентгенохирургической диагностики гемодинамического типа варикоцеле (патент РФ на изобретение № 2265402 от 10.12.2005 года), больного переводили в клиностаз на 30 с., и выполняли пальцевую компрессию на уровне средней трети пахового канала. Измеряли давление, регистрировали кривые давления, при этом пьезоэлектрический датчик поднимали и устанавливали на уровне левой лоханки. Сохраняя пальцевую

компрессию, больного осторожно переводили в ортостаз и повторяли исследование в спокойном состоянии и на пробе Вальсальвы, при этом устанавливали датчик на уровне левой лоханки. Сравнивали показатели и кривые давления, полученные при повторном исследовании с исходными данными. Затем на пробе Вальсальвы проводили селективную ретроградную флебографию левой почечной вены с использованием фиксирующегося к операционному столу бандажа, представляющего собой хлопчатобумажное полотно шириной 30 см и длиной 110 см, прикрепленное с одной стороны стола неподвижно, а с другой стороны с помощью зубчатого механизма дозированной компрессии перетягивали переднюю брюшную стенку для лучшего контрастирования левой почечной вены и ее ветвей (способ ретроградной илеокаваграфии: рационализаторское предложение №2556 от 25.12.2002 г., выданное БГМУ).

Получили следующие данные: в ортостазе давление составило 9 мм рт. ст.; давление в клиностазе 11 мм рт.ст., градиент давления составил 2 мм рт.ст. – это вариант нормы.

На флебограмме (рис. 1): кольцевидная левая почечная вена представлена двумя отдельными стволами, которые впадают в нижнюю полую вену формируя верхнюю и нижнюю ветви, при этом последние соединяются венозным перетоком в дистальной трети левой почечной вены. Контрастируется аневризматическое расширение проксимальной трети нижней ветви левой почечной вены до 13 мм. Определяется рефлюкс контраста по яичковой вене – расширенная ЛСВ в диаметре до 4 мм.

Выставлен диагноз: левостороннее варикоцеле III степени, гемодинамически II тип, клапанная несостоятельность ЛСВ, аневризма проксимальной трети нижней ветви левой почечной вены. Учитывая показатели давления в левой почечной вене в пределах верхней границы нормы и наличие дополнительного пути оттока от левой почки в виде верхней ветви левой почечной вены, нежелание больного оперироваться открытым способом, решено выполнить рентгеноэндоваскулярную эмболизацию левой внутренней семенной вены.

Технически удалось провести через венозный ствол, соединяющий верхнюю и нижнюю ветви левой почечной вены катетер «VER» 5F на гидрофильном проводнике Hi-Wire (Hydrophilic Wire Guide) фирмы «COOK» в просвет ЛСВ, то есть катетеризировали левую внутреннюю семенную вену до уровня

внутреннего пахового кольца, и через катетер в ней установили магнито-резонансно томографически безопасную спираль (МРТБС) - («Gianturko» фирмы «COOK» IMWCE-35-20-10 (MRay Embolization Coil)), представляю-

щую собой стальной волосок диаметром 0,035” (0,89 мм), длиной 200 мм с вплетенными отрезками дакроновой нити в витки спирали.

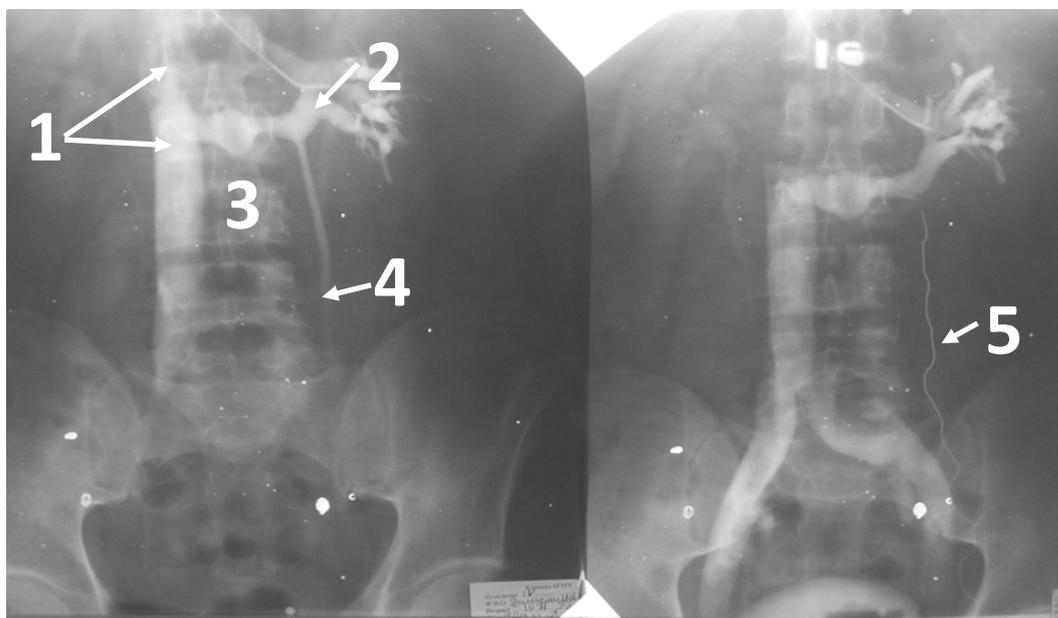


Рис.1. Аневризма проксимальной трети нижней ветви левой почечной вены.

Примечание: 1 - кольцевидная левая почечная вена (катетер проведен через верхнюю ветвь левой почечной вены); 2 - венозный переток в дистальной трети, соединяющий верхнюю и нижнюю ветви левой почечной вены; 3 - аневризматическое расширение проксимальной трети нижней ветви левой почечной вены; 4 - рефлюкс контраста по яичковой вене (левый снимок); 5 - эмболизационная спираль в просвете ЛСВ (обратный ток контраста не определяется) правый снимок.



Рис.2. Магнито-резонансно томографически безопасная спираль («Gianturko» фирмы «COOK» IMWCE-35-20-10 (MRay Embolization Coil))

Достигли перекрытия просвета левой яичковой вены на всем протяжении, не доходя 10 мм до устья ЛСВ. Вывели кончик катетера в просвет верхней ветви левой почечной вены. Экспозиция 30 минут. Измерили инвазивное давление, которое составило 9 и 11 мм рт.ст. соответственно, такое же, как и до эмболизации. Провели контрольную селективную ретроградную флебографию левой почечной вены с применением фиксирующегося к операционному столу бандажа, перетягивающего переднюю брюшную стенку (рис.1. правый снимок). Визуализируется эмболиза-

ционная спираль в просвете ЛСВ, при этом обратный ток контраста по ней не определяется. Эмболизация ЛСВ выполнена в полном объеме. Больной выписан через 3 часа после операции. Контрольный осмотр проведен через сутки, неделю, месяц. Состояние без особенностей. Через месяц на контрольном УЗДС левой почечной вены и вен семенного канатика: диаметр нижней ветви левой почечной вены в средней трети - 13 мм, линейная скорость кровотока - 29 см/с., реверсивный кровоток по левой внутренней семенной вене не определяется.

Через 3 месяца показатели спермограммы нормализовались. Спустя год после проведенной операции родился здоровый мальчик.

Клинический пример 2.

Больной Г., 16 лет, спортсмен - волейболист, рост 198 см, направлен урологом поликлиники с жалобами на наличие варикозно расширенных вен левой половины мошонки с тянущими болями в левой подвздошной области, усиливающимися во время физической нагрузки, с иррадиацией в левую половину мошонки. По данным УЗДС левой почечной вены и вен семенного канатика определялся выраженный реверсивный поток по левой внутренней семенной вене. Не исключалось

наличие аортомезентериального «пинцета»: стеноз в устье левой почечной вены на уровне АМП - 2,2 мм, расширение левой почечной вены на границе проксимальной и средней трети - 22 мм с линейной скоростью кровотока - 55 см/сек.,

Катетеризация устья левой почечной вены технически очень сложная. Удалось катетеризировать устье левой почечной вены **только** катетером «SIM 1». При введении 3,0 мл контраста шприцем «от руки» определялся выраженный рефлюкс контраста по ЛСВ.

При проведении вышеописанного обследования: в ортостазе давление составило 16 мм рт.ст.; давление в клиностазе 24 мм рт.ст., градиент давления 8 мм рт.ст. - свидетельствует о венозной почечной гипертензии. Затем на пробе Вальсальвы проводили селективную ретроградную флебографию левой почечной вены.

На флебограмме (рис. 3.): контрастируется аневризматическое расширение проксимальной трети левой почечной вены до 22 мм. Определяется рефлюкс контраста по яичковой вене – расширенная ЛСВ в диаметре до 9 мм.

Выставлен диагноз: левостороннее варикоцеле III-IV степени, гемодинамически Ia тип, аортомезентериальный «пинцет», аневризма проксимальной трети левой почечной вены.



Рис.3. Аортомезентериальный «пинцет» с аневризматическим расширением проксимальной трети левой почечной вены.

Примечание: 1 - аортомезентериальный «пинцет»; 2 - аневризматическое расширение проксимальной трети левой почечной вены; 3 - выраженный рефлюкс контраста по яичковой вене (весь введенный контраст устремился по ЛСВ, вплоть до гроздевидного сплетения).

Учитывая очень высокие показатели давления в левой почечной вене, без наличия

дополнительных путей оттока от левой почки (в данном случае ЛСВ – это единственная вена как компенсаторный механизм оттока венозной крови от левой почки, эмболизация ствола которого непосредственно приведет к развитию флeбореногипертензионной нефропатии из-за аортомезентериального «пинцета», который, в свою очередь, утяжелит состояние пациента и приведет к прогрессированию аневризмы левой почечной вены (возможен её разрыв, тромбоз аневризмы). В такой ситуации выполнение рентгеноэндоваскулярной эмболизации левой внутренней семенной вены противопоказано. Имеются показания к ликвидации аортомезентериального «пинцета» путем иссечения аневризмы проксимальной трети левой почечной вены, реимплантации устья её в нижнюю полую вену, микрососудистое тестикуло-илиакальное анастомозирование для снижения давления в левой почечной вене. Больной направлен к микрососудистому хирургу.

Таким образом, приведенные клинические примеры еще раз свидетельствуют о необходимости проведения левосторонней почечной флебографии, игнорирование которой при выполнении операции Иванисевича и других операций открытым способом без диагностического измерения инвазивного давления в ренотестикулярном сегменте может привести к развитию флeбореногипертензионной нефропатии, а недиагностированная аневризма левой почечной вены при перевязке единственного пути оттока по ЛСВ приведет к разрыву или тромбозу аневризматического расширения, что является фатальным для пациента.

Выводы

1. Дуплексное сканирование левой почечной вены, внутренних семенных и вен гроздевидного сплетения с двух сторон целесообразно выполнять всем больным с варикоцеле. При выявлении значимых изменений кровотока с повышением линейной скорости выше 1,5 м/с в сочетании с турбулентным характером кровотока и характерной клинической картиной в виде болевого синдрома, макро- и микрогематурии необходимы выполнение тоннометрии в почечных венах и проведение левосторонней ренофлебографии.
2. Выполнение левосторонней почечной флебографии позволяет диагностировать наличие аортомезентериального «пинцета», кольцевидной почечной вены, аневризмы левой почечной вены с выбором дальнейшей тактики хирургического лечения.

Сведения об авторах статьи

Гарипов Рим Мухарямович – д.м.н., профессор, директор Клиники БГМУ. 450083, г. Уфа, ул. Шафиева, 2, 8(347)2239235. e-mail: kbgmu@rambler.ru

Плечев Владимир Вячеславович – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой госпитальной хирургии №1 БГМУ.

Галимов Олег Владимирович – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой хирургических болезней и новых технологий.

Ишметов Владимир Шамильевич – к.м.н., врач сердечно-сосудистый хирург, заведующий отделением рентгенохирургических методов диагностики и лечения Клиники БГМУ. 450083, г. Уфа, ул. Шафиева, 2, 8(347)2239235. e-mail: kbgmu@rambler.ru

Чудновец Лев Георгиевич – к.м.н., врач сердечно-сосудистый хирург, заведующий отделением рентгенохирургических методов диагностики и лечения БСМП.

Кондрашов Андрей Викторович – врач уролог, к.м.н.

Логинов Максим Олегович – врач-ординатор отделения рентгенохирургических методов диагностики и лечения Клиники БГМУ.

Шимков Олег Степанович – врач уролог-андролог Республиканского перинатального Центра МЗ РБ.

Утенская Ирина Дмитриевна – врач-анестезиолог отделения рентгенохирургических методов диагностики и лечения Клиники БГМУ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Першуков, А.И. Варикоцеле и некоторые вопросы мужского бесплодия: монография / А.И. Першуков. - Киев, 2002. - 256 с.
2. Неверко, И.А. Дифференцированное хирургическое лечение варикоцеле с использованием современных методов диагностики : автореф. дис. ... канд. мед. наук : код спец. 14.00.27 / Неверко И.А. ; [Гос. образоват. учреждение высш. проф. образования ГОУ ВПО "Воронеж. гос. мед. акад. им. Н. Н. Бурденко Федер. агентства по здравоохранению и соц. развитию"]. - Воронеж, 2005. - 24 с.
3. Kirkeby, H.J. Varicocele testis—update / H.J. Kirkeby // Ugeskrift Laeger. - 2009. – Vol. 171, N 47. – P. 3420.
4. Aorta-left renal vein fistula complicating an aortic aneurysm: preoperative and postoperative multislice CT findings / P. Barrier, P. Otal, O. Garcia [et al.] // Cardiovasc. Intervent. Radiol. – 2007. – Vol. 30, N 3. – P. 485-7.

УДК 618.14-006.36-07-089

© У.Р. Хамадянов, Т.П. Кулешова, М.Л. Сибаяева, А.Р. Хайбуллина, Р.Б. Сагитов, Л.Г. Чудновец, С.С. Куперман, 2010

У.Р. Хамадянов, Т.П. Кулешова, М.Л. Сибаяева,
А.Р. Хайбуллина, Р.Б. Сагитов, Л.Г. Чудновец, С.С. Куперман

**СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ
ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ МИОМ МАТКИ**

ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет Росздрава», г. Уфа

В статье отражены методы ранней диагностики и результаты хирургического лечения 181 больной с миомой матки с использованием лапаротомной и малоинвазивной технологий. Представлены возможности ультразвуковой диагностики, компьютерной томографии для своевременного распознавания опухоли, а также показания для эмболизации маточных артерий у женщин, заинтересованных в сохранении репродуктивной функции.

Ключевые слова: миома матки, гигантские миомы, методы диагностики и оперативного лечения.

U.R. Khamadyanov, T.P. Kuleschova, M.L. Sibayeva,
A.R. Khaibullina, R.B. Sagitov, L.G. Chudnovets, S.S. Kuperman

**MODERN POSSIBILITIES
OF DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF UTERINE MYOMAS**

The paper reviews the results of surgical treatment of 181 patients with uterine myomas using laparotomic and less invasive techniques. Ultrasound diagnostics and CT possibilities for timely detecting tumours as well as indications for embolization of uterine arteries in women to preserve reproductive functions are presented.

Key words: uterine myomas, giant myomas, methods of surgical treatment.

Миома матки – доброкачественная опухоль, состоящая из мышечной и соединительной ткани. Относится к широко распространенным заболеваниям и занимает одно из ве-

дущих мест среди патологии репродуктивной системы. По данным литературы, миома матки встречается у 15-17% женщин старше 30 лет. В последние годы отмечается тенденци-