

Заключение. Полученные данные свидетельствуют о том, что при прохождении хронических окклюзий ПБА предпочтительнее использование проводников типа Newton диаметром 0,035" с прямым концом. Они позволяют выполнять реканализации с наибольшим успехом и с минимальным использованием другого инструментария. Стандартные проводники диаметром 0,035" также обеспечивают приемлемые результаты, однако часто необходимо дополнительное применение катетеров. Мы рекомендуем использовать нитиновые проводники диаметром 0,035" с гидрофильным покрытием при неэффективности других проводников (проводник второго выбора). Применение проводников диаметром 0,014" при прохождении хронических протяженных окклюзий ПБА требует использования наибольшего количества инструмента и не целесообразно в большинстве случаев.

РЕНТГЕНОЭНДОВАСКУЛЯРНАЯ ОККЛЮЗИЯ ВЕН ПОЛОВОГО ЧЛЕНА В ЛЕЧЕНИИ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ

Клестов К.Б. Дудин О.В.
Республиканский клинико-диагностический
центр, Ижевск, Россия.

Введение. Под определением эректильной дисфункции (ЭД) понимают неспособность достигать и (или) поддерживать эрекцию, необходимую для совершения полового акта. ЭД — весьма распространенное патологическое состояние. По данным ВОЗ, каждый десятый мужчина старше 21 года страдает расстройством эрекции, а каждый третий мужчина старше 60 лет, вообще, не способен выполнить половой акт, при этом отмечается стойкая тенденция к увеличению числа больных.

Изучение патогенеза расстройства эрекции в последнее десятилетие показало, что более 50% случаев имеют васкулогенную этиологию. Среди всех пациентов 22-27% страдают ЭД по причине патологической венозной утечки крови из кавернозных тел.

Если у возрастных пациентов ЭД, как правило, сочетается с артериальной недостаточностью, то у молодых мужчин зачастую доминирует изолированная венозная недостаточность.

Цель исследования. Определить эффективность выполнения эндоваскулярной окклюзии вен простатического сплетения при эректильной дисфункции обусловленной венозной недостаточностью полового члена.

Материалы и методы. В период с января 2005 по декабрь 2009 года эмболизация вен полового члена выполнена 20 пациентам в возрасте от 25 до 42 лет, средний возраст составил $31,25 \pm 6,2$ года.

Основным клиническим признаком вено-окклюзионной дисфункции являлась невозмож-

ность поддержания эрекции при ее нормальном возникновении. Во всех случаях при выполнении ультразвукового исследования вен таза была выявлена венозная стаза малого таза.

При подозрении на поражение вено-окклюзионного механизма полового члена первым этапом выполнялась кавернозометрия. При отсутствии эрекции выполнялась кавернозография для визуализации и оценки путей оттока крови из кавернозных тел.

Вторым этапом выполнялась непосредственно эндоваскулярная окклюзия вен полового члена. После пункции правой бедренной вены (как правило) поочередно катетеризировались ветви правой и левой внутренних подвздошных вен. Катетер продвигался максимально дистально к основанию полового члена, после этого выполнялась эндоваскулярная окклюзия вен полового члена путем введения в венозное русло металлических спиралей. Адекватность выполненной эмболизации контролировалась выполнением контрольной флебографии вен простатического сплетения.

Результаты. Технический успех эндоваскулярной окклюзии вен полового члена достигнут у 19 пациентов. В 1 случае не удалось катетеризовать вены полового члена с одной стороны.

В результате проведенных лечебных мероприятий отмечено улучшение качества эрекции на 75%, все пациенты отмечают достаточную ригидность полового члена для успешного проведения коитуса.

Выводы. Эндоваскулярная окклюзия вен полового члена при эректильной дисфункции, обусловленной поражением вено-окклюзионного механизма полового члена является достаточно эффективным, безопасным малотравматичным методом лечения данной категории больных. Позволяет добиться сексуальной реабилитации пациентов.

Дальнейшее совершенствование диагностики и хирургической техники, применение дифференцированного подхода к лечению различных форм патологического венозного дренажа кавернозных тел полового члена, позволит улучшить эффективность лечения этой распространенной причины эректильной дисфункции у мужчин.

СЕЛЕКТИВНАЯ САЛЬПИНГОГРАФИЯ И РЕКАНАЛИЗАЦИЯ ФАЛЛОПИЕВЫХ ТРУБ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТРУБНОГО БЕСПЛОДИЯ

Клестов К.Б. Ежова О.Б.
Республиканский клинико-диагностический
центр, Ижевск, Россия.

Введение. По данным ВОЗ, за последние десятилетия отмечается значительное снижение рождаемости. Частота бесплодного брака по