

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

данным разных авторов составляет 15 – 20%, или одно на каждые 5 – 6 супружеских пар. Проблема бесплодного брака мультифокальна, одно из первых мест в патогенезе бесплодного брака занимает трубно-перетениальный фактор. Обструкция маточного конца фаллопиевых труб отмечается в 20% гистеросальпингограмм.

Селективная сальпингография и реканализация фаллопиевых труб рекомендуется в качестве первого вмешательства у пациенток с обструкцией проксимальной части фаллопиевых труб.

Материал и методы. В период с января 2006 по декабрь 2009 года в РКДЦ выполнено 102 процедур 82 женщинам. Все женщины обследовались в РКДЦ по поводу бесплодия. Во всех случаях предварительно была выполнена гистеросальпингография, результаты гистеросальпингографии явились основанием для выполнения реканализации фаллопиевых труб.

Во всех случаях селективная сальпингография и реканализация маточных труб выполнялась амбулаторно. После выполнения процедуры в условиях рентгенооперационной после 2-3 часов наблюдения в дневном стационаре женщины отпускались домой, с контрольным осмотром гинекологом на следующий день.

При реканализации фаллопиевых труб применялся стандартный набор фирмы COOK. Первым этапом выполнялась гистеросальпингография. В 20 (24,3%) случаях при гистеросальпингографии было выявлено двусторонняя окклюзия фаллопиевых труб. У 20 (24%) женщин были выявлены дополнительные факторы бесплодия. В 2 (2,4%) случае были выявлена аномалия развития матки – однорогая матка, у 2 (2,4%) одной пациентки выявлена аномалия развития матки – седловидная матка.

Вторым этапом выполнялась собственно реканализация фаллопиевых труб. Реканализация выполнялась с использованием гидрофильного проводника TERUMO 0.035» и, или микропроводника 0.014» и микрокатетера диаметром 2.0 Fr COOK.

Результаты. В 3 (3,6%) случаях реканализировать фаллопиеву трубу не удалось. У 37 (45,1%) женщин после восстановления проходимости фаллопиевых труб беременность не наступила. После реканализации фаллопиевых труб у 42 (51,2%) женщин наступила беременность. В 3 (3,6%) случаях наступила трубная беременность, у 37 (45,1%) женщин беременность закончилась родами.

Выводы. Селективная сальпингография и реканализация фаллопиевых труб является достаточно эффективным, малотравматичным, безопасным методом при лечении трубного бесплодия.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ РОЛЬ РОТАЦИОННОЙ АНГИОГРАФИИ АОРТОКОРОНАРНЫХ ШУНТОВ У БОЛЬНЫХ С РЕЦИДИВОМ СТЕНОКАРДИИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ПРЯМОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ

Климов В.П., Губенко И.М., Семитко С.П., Журавлев И.В., Азаров А.В., Верткина Н.В.
Городская клиническая больница №81, Москва, Россия.

При рецидиве стенокардии у больных ишемической болезнью сердца (ИБС), перенесших операцию аортокоронарного шунтирования выбор адекватной тактики дальнейшего лечения зависит от состояния аортокоронарных шунтов и коронарных артерий. Инвазивная коронаро- и шунтография остается «золотым стандартом» в оценке состояния шунтов и нативных артерий, позволяющим одномоментно выполнить эндоваскулярную коррекцию выявленных изменений. Усовершенствование этого метода является важной клинической задачей в лечении данной категории больных.

Цель. Оценить эффективность использования ротационной ангиографии (РА) при селективном рентгеноконтрастном исследовании аутовенозных аортокоронарных шунтов у больных ишемической болезнью сердца с рецидивом стенокардии в различные сроки после операции аортокоронарного шунтирования (АКШ).

Материал и методы. У 39 больных ИБС, в возрасте от 48 до 77 лет, с рецидивом стенокардии после операции АКШ (средний срок рецидива стенокардии 26,4 мес.: от 10 мес до 14 лет) было исследовано 64 функционирующих аортокоронарных шунта. Ангиографическое исследование выполнялось по традиционной методике с дополнительным выполнением ротационной ангиографии. При ротационной методике С-дуга совершает вращательное движение вокруг пациента в заданном угловом диапазоне; контрастное вещество вводится однократно с помощью автоматического инжектора.

Результаты. Использование ротационной ангиографии показало, что для полноценной визуализации одного шунта в 94,1% случаях требовалось однократное введение контрастного вещества. В сложных диагностических случаях (5,9%) было достаточно одной дополнительной процедуры ротационной ангиографии в другой плоскости ротации.

Данный метод позволяет выполнить исследование с использованием меньшего количества контрастного вещества в сравнении с традиционным способом (28,6 против 64,4 мл); при меньшем времени флюороскопии (1,2 против 2,8 мин) и соответственно с меньшей лучевой нагрузкой на пациента и врача.