

УДК 616.728:616.13—072.2+616.64

К. Р. ТАРХАНОВА

О МЕТОДИКЕ СЕЛЕКТИВНОЙ КАТЕТЕРИЗАЦИИ
ВНУТРЕННИХ ПОДВЗДОШНЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ
С НАРУШЕНИЕМ ПОЛОВЫХ ФУНКЦИЙ

С помощью ангиографии изучены тазовые сосуды больных с нарушением половых функций. Описан метод селективной катетеризации внутренней подвздошной артерии, преимущества его и возможные осложнения. Делается заключение о необходимости внедрения в клиническую практику ангиографических методов диагностики с целью выявления тех форм импотенции, которые связаны с заболеваниями сосудистой системы.

Первое сообщение по поводу селективной катетеризации внутренних подвздошных артерий сделал Mikaelsson [4]. С целью селективного контрастирования внутренних подвздошных артерий автор использовал многоизгибные полиэтиленовые катетеры. В 1966—1970 гг. появилось несколько работ, описывающих оригинальные методы селективной катетеризации этих сосудов: использование специального металлического проводника [6], ретроградное введение проводника во внутреннюю подвздошную артерию из брюшной аорты [2, 5], использование дважды изогнутого полиэтиленового катетера [1]. Селективное контрастирование внутренних подвздошных артерий использовалось авторами в клинике опухолей женских половых органов, в то время как в сексопатологии оно не нашло применения.

Целью настоящего сообщения является описание опыта селективной катетеризации внутренних подвздошных артерий у больных с нарушением половых функций.

Наш опыт селективной катетеризации внутренних подвздошных артерий охватывает 28 наблюдений. Среди 28 больных у 23 имело место нарушение половых функций, 5 были направлены на ангиографию по поводу других заболеваний, причем жалоб на половую сферу они не предъявляли, и органы малого таза у них были в пределах нормы, однако селективное контрастирование внутренних подвздошных артерий было выполнено с целью получения нормальных ангиограмм изучаемой области (рис. 1а). Все больные были мужчины в возрасте от 16 до 55 лет с длительностью заболевания от нескольких месяцев до 16 лет.

Прежде чем приступить к селективным исследованиям тазовых сосудов больным с нарушением половых функций необходимо в обязательном порядке выполнить стандартную брюшную аортографию для получения информации о состоянии магистрального сосудистого русла, т. к. причиной импотенции может быть поражение не только внутренней срамной или внутренней подвздошной артерии, но и брюшной аорты. Этот факт известен еще с 1923 г., когда Leriche [3] впервые описал окклюзионный синдром бифуркации аорты.

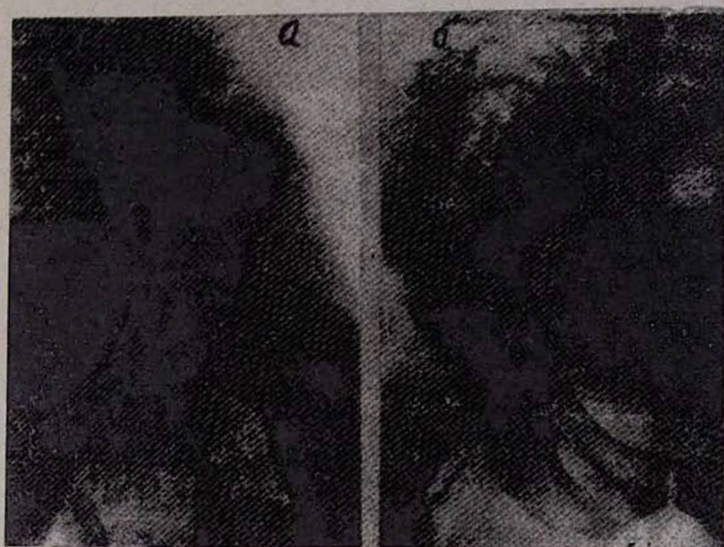


Рис. 1. а. Нормальная селективная ангиограмма левой внутренней подвздошной артерии. б. Селективная ангиограмма правой внутренней подвздошной артерии у места ее деления на внутреннюю ягодичную и внутреннюю срамную артерии. Облитерирующий атеросклероз.

28 больным проведено 64 ангиографических исследований. Брюшная аорта исследована у 28 больных, селективное контрастирование правой внутренней подвздошной артерии выполнено 15 больным, левой—3, обеих внутренних подвздошных артерий—9 больным.

Показанием к ангиографическому исследованию мы считали: 1. Безрезультатность лечения больных современными медикаментозными средствами, физиотерапевтическими и санаторно-курортными методами; 2. Возраст больного (старше 30 лет); 3. Наличие микросимптоматики, указывающей на сосудистый генез заболевания (похолодание яичек и ягодичных мышц, боли в икроножных мышцах, судороги их при совершении полового акта, жжение стоп и т. д.).

Ангиографические исследования выполнялись на установке «Eleta-Schonanda» с использованием зеленого или красного катетера Odman специальной формы (рис. 2). Такая форма катетера впервые была предложена Altemus [1]. Введение контрастного вещества ав-

тор осуществлял вручную. В случае использования автоматического шприца необходима более устойчивая фиксация проксимального конца катетера, поэтому и форма его требовала видоизменения, вследствие чего мы стали моделировать катетеры с несколько удлиненным проксимальным концом. Катетер оказывается устойчиво-фиксированным во внутренней подвздошной артерии в том случае, когда на экране отсутствует дистальный изгиб его и обнаруживается только проксимальный крючок. Последний может быть направлен в любую сторону, чаще медиально или кзади, реже—кпереди. Латерального направления кончики катетера нам наблюдать не приходилось, но и такой вариант не исключается.

Если различия в размере, кровоснабжении тазовых опухолей, как отмечали Altemus, Geller и Gallen [1, 2], устраняют любую попытку стандартизировать количество контрастного вещества и программу серийных снимков при селективной катетеризации внутренних подвздошных артерий, то при исследовании русла этих сосудов у больных с нарушением половых функций возможность эта имеется. Так, оптимальное контрастирование бассейна внутренней подвздошной артерии происходит при введении 15 мл 76% верографина или 75% уротраста под давлением в 1,5 атм при условии, что снимки со скоростью 1 кадр в сек в течение 8 сек производятся спустя 1,5 сек после окончания введения контрастного вещества.

В первые несколько секунд после инъекции у больного возникает чувство боли на соответствующей стороне (вследствие переполнения контрастным веществом ствола внутренней подвздошной артерии), а затем чувство жжения, которое распространяется в сторону заднего прохода и несколько слабее в сторону кавернозных тел.

Выведение катетера необходимо осуществлять на проводнике. С этой целью кончик катетера проводят в аорту, поворачивают на 180° и опускают в общую подвздошную артерию. После этой манипуляции крючок катетера оказывается раскрытым, и в этом положении становится возможным введение проводника и безопасное выведение катетера. Эта завершающая процедура является необходимой, т. к. у больных с жалобами на нарушение половых функций может оказаться атеросклероз брюшной аорты и подвздошных сосудов. Если же катетер не будет подтянут в общую подвздошную артерию и кончик его будет находиться в аорте, то мягкий конец металлического проводника, повторив изгибы катетера, нависнет в дистальном направлении и в таком случае выведение катетера окажется небезопасным.

Ангиографическое исследование тазовых сосудов у больных с нарушением половых функций может быть осложнено экстравазацией проводника, что мы наблюдали в трех случаях из 28. Это явление объясняется наличием у части больных этой группы артериосклероза подвздошных сосудов, когда последние заметно искривлены и изогнуты (симптом «салазок»). Поэтому момент выхождения проводника из иглы может сопровождаться прободением сосудистой стенки и выхожде-

нием проводника за пределы сосуда. Артериосклеротическая деформация сосудов у больных с нарушением половых функций усложняет также сам процесс селективной катетеризации внутренней подвздошной артерии, т. к. при этом ее устье может располагаться атипично.

Преимущества селективной катетеризации внутренних подвздошных артерий следующие: 1. Визуализация устья внутренней подвздошной артерии, которая при брюшной аортографии может оказаться перекрытой наружной подвздошной артерией; 2. Получение более полного изображения всего бассейна внутренней подвздошной артерии, а в случае тромботического поражения последней—визуализация коллатералей; 3. Контрастирование внутренней срамной артерии на всем протяжении, включая ее дистальные ветви; 4. При наличии сосудистой патологии введение контрастного вещества во внутреннюю подвздошную артерию менее болезненно.

Среди 23 больных с жалобами на нарушение половых функций поражение тазовых сосудов имело место у 13 (у 7—артериосклероз, у 3—атеросклероз (рис. 1, б), у 1—артериит, у 1—окклюзия обеих внутренних срамных артерий и у 1—эндартериит). Последний больной, кроме жалоб на снижение половых функций, имел явную клинику эндартериита нижней конечности, что и было подтверждено ангиографически. У 5 больных тазовые артерии были в пределах нормы, а в 5 случаях результат оказался сомнительным.

В заключение следует отметить, что с внедрением в клиническую практику ангиографических методов диагностики и дифференциации различных форм нарушения половых функций возникают предпосылки для лечения тех форм импотенции, которые связаны с заболеваниями сосудистой системы брюшной аорты. Таким образом, часть больных с импотенцией должна будет лечиться у хирургов, а также у терапевтов, занимающихся проблемами сердечно-сосудистой патологии.

Институт кардиологии им. Л. А. Оганесяна,
кафедра общей хирургии Ереванского
медицинского института

Поступила 19/III 1980 г.

Կ. Ռ. ՏԱՐԽԱՆՈՎԱ

ՍԵՌԱԿԱՆ ՖՈՒՆԿՑԻԱՅԻ ԽԱՆԳԱՐՈՒՄՈՎ ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ ՆԵՐՔԻՆ ԶՍՏԱՅԻՆ ԶԱՐԿԵՐԱԿԻ ՍԵԼԵԿՏԻՎ ԿԱԹԵՏԵՐԻԶԱՑԻԱՅԻ ՄԵԹՈԴԻԿԱՆ

Սեռական ֆունկցիայի խանգարումով 23 հիվանդներից 13-ի մոտ անգիոգրաֆիկ մեթոդով հայտնաբերվել է որովայնային աորտայի կոնքային ճյուղերի պաթոլոգիա:

Դրանից կարելի է եզրակացնել, որ անհրաժեշտ է կլինիկական պրակտիկայի մեջ ներդնել անգիոգրաֆիկ մեթոդը, սեռական ֆունկցիայի տարբեր խան-

դարձաների ախտորոշման և տարբերակման համար, որի նպատակն է հայտնաբերել իմպոտենցիայի այնպիսի ձևեր, որոնք կապված են անոթային համակարգի հիվանդությունների հետ:

K. R. TARKHANOVA

ON THE METHODS OF SELECTIVE CATHETERIZATION OF INTERIOR ILIAC ARTERIES IN PATIENTS WITH GENITAL FUNCTION DISTURBANCE

Pelvic vessels of the patients with the genital function disturbance have been studied.

The selective method of catheterization of interior iliac arteries of such patients is described. In 57% of cases vascular diseases of the abdominal aorta branches have been revealed. The author suggests to use angiographic methods of diagnosis and differentiation of different forms of the genital function disorders.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. *Altemus R.* Radiology 94:484, September, 1968.
2. *Geller G., Gallen St.* Radiol. Clin. Biol. 1970, 39, 180.
3. *Leriche R.* Bull. Soc. Chirurgie, Paris, 49, 1923, 1404.
4. *Mikaelsson C. G.* Acta radiol. (diag.) 3:581, November, 1965.
5. *Rosst P., Verdu C. C.* Am. J. Roentgenol. 97:511—518, June, 1966.
6. *Wholey M. H., Jackman V.* Am. J. Roentgenol. 97:500, June, 1966.