

ских имплантаций ПК за этот промежуток времени не было. Отсутствие лапароскопических операций за этот период было связано с отсутствием показаний для лапароскопической имплантации катетера и противопоказаниях для эндотрахеального наркоза.

Независимо от способа имплантации катетера заполнение брюшной полости диализным раствором производили сразу после операции без оставления раствора в брюшной полости или в момент операции для контроля герметичности дистальной манжетки. Перитонеальный диализ на следующие сутки проводят ежедневно. В послеоперационном периоде заливки диализного раствора выполняли ежедневно от 1 до 1,5 л без экспозиции в брюшной полости. Постоянный перитонеальный диализ в физиологических объемах 2 л с экспозицией в брюшной полости на 6 часов четырехкратно в сутки пациентам начинали проводить на 10–14 сутки после операции.

Выводы

Каждый из методов имплантации ПК имеют свои преимущества и недостатки.

Основные плюсы лапароскопической имплантации – это возможность ревизии органов брюшной полости, визуализация положения дистального конца катетера в тазовой области и возможность дополнительной фиксации дистального конца катетера. Основными показаниями для лапароскопической имплантации ПК являлись перенесенные ранее операции на органах брюшной полости, нарушение функции установленного катетера, требующего его замены и выполнение симультантных операций на органах брюшной полости.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Global Prevalence of Chronic Kidney Disease - A Systematic Review and Meta-Analysis / N. R. Hill, S. T. Fatoba, J. L. Oke, [et al.] // PLoS One. – 2016. – Vol. 11(7). – Art. e0158765. – DOI: 10.1371/journal.pone.0158765.
2. Andrassy, K. M. Comments on 'KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease'. / K. M. Andrassy // Kidney Int. – 2013. – Vol. 84, № 3. – Art. 622623. – DOI: 10.1038/ki.2013.243.
3. Chronic kidney disease: global dimension and perspectives / V. Jha, G. Garcia-Garcia, K. Iseki, [et al.] // Lancet. – 2013. —Vol. 382, № 9888. – P. 260—272. – DOI: 10.1016/S0140-6736(13)60687-X.
4. Thomas, R. Chronic kidney disease and its complications / R. Thomas, A. Kanso, J. R. Sedor // Prim Care. – 2008. —Vol. 35, № 2. – P. 329-vii. – DOI: 10.1016/j.pop.2008.01.008.
5. A Narrative Review of Chronic Kidney Disease in Clinical Practice: Current Challenges and Future Perspectives / M. Evans, R.D. Lewis, A.R. Morgan [et al.] // Adv. Ther. – 2022. – Vol. 39, № 1. – P. 33-43. – DOI: 10.1007/s12325-021-01927-z.

УДК 611.137.2:616.13 – 004.6 - 073.75

А. В. Быстренков¹, Э. А. Повелица^{2,3}, А. М. Шестерня³, О. В. Пархоменко^{2,3}

¹ГОКГ инвалидов войны, Гомель, Республика Беларусь

²Государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека» Гомель, Республика Беларусь

³Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

РОЛЬ КОЛЛАТЕРАЛЬНЫХ ПУТЕЙ КРОВΟΣНАБЖЕНИЯ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА ПРИ МУЛЬТИФОКАЛЬНЫХ ПОРАЖЕНИЯХ ВЕТВЕЙ ВНУТРЕННИХ ПОДВЗДОШНЫХ АРТЕРИЙ

Остается не до конца изученным значение компенсаторного артериального кровоснабжения полового члена (ПЧ) у пациентов с эректильной дисфункцией (ЭД)

в условиях мультифокального окклюзионно-стенотического поражения внутренних подвздошных артерий (ВПА). Основным методом верификации артериогенной ЭД является инвазивная рентгенэндоваскулярная и динамическая мультиспиральная компьютерная контрастная ангиография (ДМККА) подвздошно-бедренных сегментов, включая сосуды бассейна внутренней половой артерии [1–3].

Цель

Оценить значение ДМККА в диагностике стенозо-окклюзионных поражений артерий бассейна ВПА и коллатеральных путей кровоснабжения ПЧ при мультифокальном поражении для выбора метода коррекции.

Материал и методы

В результате обследования пациентов с артериогенной формой ЭД был произведен анализ 150 тазовых половин по данным динамической мультиспиральной компьютерной контрастной ангиографии (ДМККА) у 75 пациентов. Исследование выполнялось на 64-срезовом компьютерном томографе производства фирмы «GE» (General Electric) (США) «Discovery750». Оценивались окклюзионно-стенотические поражения подвздошных артерий, внутренней половой артерии в тазовом и экстратазовом отделах. Визуализировались дополнительные развившиеся в условиях атеросклероза коллатеральные артериальные сосуды к внутренней половой артерии из системы запирающей артерии, наружной половой артерии. Оценка ЭД была произведена по шкале МИЭФ-5. По результатам анализа 17 пациентам была рекомендована и произведена рентгенэндоваскулярная коррекция окклюзионно-стенотических поражений общей (ОПА) и/или наружной подвздошной артерии (НПА) с одной (n=14) или с обеих сторон (n=3).

Результаты исследования и их обсуждение

В результате произведенной эндоваскулярной коррекции магистральных сосудов у всех пациентов отмечалось статистически значимое улучшение эректильной функции по шкале МИЭФ-5 (8-12 баллов до операции и 16-19 баллов после операции) ($p < 0,05$). Более высокие значения индекса МИЭФ-5 были зафиксированы у пациентов после эндоваскулярной коррекции стенотических поражений ОПА (прямая коррекция) и НПА при развившемся коллатеральном кровотоке за счет артериальных анастомозов между внутренней половой артерией и запирающей артерией, отходящей от нижней надчревной артерии на стороне поражения (непрямая коррекция), а также между внутренней половой артерией и наружной половой артерией из системы бедренной артерии.

Выводы

Современные цифровые методы исследования аорто-подвздошных сегментов, как рентгенэндоваскулярная ангиография и ДМККА, позволяют на дооперационном этапе верифицировать окклюзионно-стенотическое поражение сосудов бассейна внутренней половой артерии у пациентов с ЭД, а также выявить дополнительные артериальные коллатеральные анастомозы между внутренней половой артерией и артериями из бассейна наружной подвздошной и бедренной артерий, участвующих в обеспечении физиологической эрекции на фоне артериогенной ЭД. Указанная информация необходима для принятия решения о возможности выполнения двухэтапной комбинированной реваскуляризации артерий ПЧ, в случае недостаточной компенсации артериальной перфузии в сосудах бассейна внутренней половой артерии после рентгенэндоваскулярной коррекции ОПА и НПА [4].

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Benson, C. B. Correlation of duplex sonography with arteriography in patients with erection dysfunction / C. B. Benson, J. E. Arany, M. A. Vickers // *AJR-Am-J Roentgenol.* – 1993. – № 1. – P. 71–73.
2. Bibliometric Analysis of Erectile Dysfunction Publications in Urology and Sexual Medicine Journals / Michael E. Rezaee [et al.] // *J. Sex Med.* – 2018. – Vol. 15, № 10. – P. 1426–1433.
3. Андрология. Мужское здоровье и дисфункция репродуктивной системы : пер. с англ. / под ред. Э. Нишлаг, Г. М. Бере. – Москва : ООО Медицинские информационное агентство, 2005. – 554 с.
4. Variations of the internal pudendal artery as a congenital contributing factor to age at onset of erectile dysfunction in Japanese / Y. Kawanishi, H. Muguruma, H. Sugiyama [et al.] // *BJU International.* – 2008. – № 101. – P. 581–587.

УДК 616-006-085

Н. Н. Веялкина^{1,2}, Е. А. Медведева¹, А. Н. Калашникова¹

¹*Государственное научное учреждение «Институт радиобиологии НАН Беларуси»*

²*Государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека», г. Гомель, Республика Беларусь*

РАЗРАБОТКА ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ МОДЕЛИ ДЛЯ ОЦЕНКИ ПРОТИВООПУХОЛЕВОГО ДЕЙСТВИЯ НОВЫХ ВЕЩЕСТВ НА ФОНЕ ОБЛУЧЕНИЯ ОПУХОЛИ

Введение

При изучении механизмов развития онкологических заболеваний и разработке новых противораковых препаратов и способов терапии крайне важны исследования, проводимые на экспериментальных животных. Перевиваемые опухоли являются моделями, широко используемыми в экспериментальной онкологии. К их числу относится асцитная карцинома Эрлиха (АКЭ), клетки которой в зависимости от места инокуляции могут формировать асцитную или солидную формы неоплазмы.

Асцитная карцинома Эрлиха (АКЭ), модель опухоли молочной железы мыши, представляет собой быстро растущую недифференцированную злокачественную опухоль с очень агрессивным поведением, которая способна расти практически у всех штаммов мышей и часто используется в исследованиях рака [1].

Длительно успешное изучение химиотерапевтических препаратов на модели АКЭ позволило применить ее для широкого круга экспериментальных задач, в том числе при тестировании новых лекарственных форм. Модель АКЭ, имея хорошую воспроизводимость, как при внутрибрюшинном, так и при подкожном введениях, отличается высокой чувствительностью к действию тестируемых препаратов [2].

Разработка экспериментальных моделей рака направлена на как можно большую степень воспроизведения течения рака молочной железы у человека. Ортотопическая трансплантация основана на имплантации опухолевых клеток в орган, соответствующий их гистогенезу. Создание ортотопических моделей позволяет осуществлять исследование течения рака молочной железы в адекватном опухолевом микроокружении, приближенном к клиническому течению [3].

Цель

Разработать экспериментальную модель для оценки противоопухолевого действия новых веществ в эксперименте с локальным фракционированным облучением новообразования в области грудного отдела у мышей линии C57Bl/6.