

ЭРЕКТИЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ОККЛЮЗИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ БРЮШНОЙ АОРТЫ

Гафаров Ш.С., Комилов С.О., Азимов С.И.

Бухарский государственный медицинский институт.

✓ **Резюме,**

Обследовано 42 мужчин в возрасте 35-55 лет с атеросклерозом бифуркации аорты, приведшим к окклюдующим поражениям. Вторым классическим симптомом окклюдующего поражения брюшной аорты является импотенция, обусловленная непроходимостью ветвей внутренней подвздошной артерии. В стадии I и II А лечение эректильной дисфункции возможно консервативными методами. Положительный эффект отмечен в 87,5% случаев.

Ключевые слова: хронические окклюдционные заболевания брюшной аорты, синдром Лериша, консервативное лечение эректильной дисфункции.

ҚОРИН АОРТАСИ СУРУНКАЛИ ОККЛЮЗИЯЛАРИДА ЭРЕКТИЛ ДИСФУНКЦИЯ

Гафаров Ш.С., Комилов С.О., Азимов С.И.

Бухоро Давлат тиббиёт институти.

✓ **Резюме,**

Қорин аортаси ва унинг тармоқларининг облитерацияловчи атеросклероз билан зарарланиши касалланган 35-55 ёшдаги 42 та эркак беморлар текширилди. Бу беморларда клиник белгилардан импотенция иккинчи симптом эканлиги аниқланди. Касалликнинг I ва II А босқичларида эректил дисфункцияни консерватив даволаш 87,5% ҳолларда самарадорлиги аниқланди.

Калит сўзлар: Қорин аортаси сурункали окклюзияси, Лериш синдроми, импотенция, эректил дисфункция, консерватив даволаш.

ERECTILE DYSFUNCTION IN CHRONIC OCCLUSION DISEASES OF THE ABDOMINAL AORTA

Gafarov Sh.S., Komilov S.O., Azimov S.I.

Bukhara State Medical Institute.

✓ **Resume,**

42 men aged 35-55 years with atherosclerosis of the aortic bifurcation, leading to occlusive lesions, were examined. The second classic symptom of occlusive lesion of the abdominal aorta is impotence due to obstruction of the branches of the internal iliac artery. In stage I and II A, treatment of erectile dysfunction is possible by conservative methods. A positive effect was observed in 87.5% of cases.

Key words: chronic occlusive diseases of the abdominal aorta, Leriche syndrome, conservative treatment of erectile dysfunction.

Актуальность

Окклюзия брюшной аорты и подвздошных артерий занимает второе место после поражения коронарных сосудов [1]. Средний возраст больных с данной локализацией поражения колеблется между 50 и 52 годами. Заболевание в 90% случаев встречается у мужчин.

По данным литературы, от 88 до 94% окклюдующих поражений бифуркации аорты обусловлены атеросклерозом [4]. Отмечена, что двусторонние поражения подвздошных артерий наблюдается чаще - почти у 70% больных [4]. Вторым классическим симптомом окклюдующего поражения брюшной аорты является импотенция, обусловленная непроходимостью ветвей внутренней подвздошной артерии [6]. При окклюзии аорты этот симптом выявлен у 53,7% больных [5]. Однако окклюзия внутренних подвздошных артерий наблюдается редко, поэтому в генезе импотенции, наряду с ишемией органов таза, важную роль играет артериальная недостаточность спинного моз-

га. По данным авторов [7], импотенция встречается лишь у 20% больных с окклюзией внутренних подвздошных артерий.

А.В.Покровский выделяет 3 локализации окклюзии брюшной аорты: 1) низкая окклюзия (окклюзия бифуркации брюшной аорты дистальнее нижней брыжеечной артерии); 2) средняя окклюзия, при которой окклюдирована аорта и закрыта нижняя брыжеечная артерия; 3) высокая окклюзия (на уровне почечных артерий или ниже их в пределах 2 см).

Синдром импотенции связан с ишемией органов малого таза и хронической недостаточностью кровотока нижних отделов спинного мозга. Сочетание всех вышеперечисленных клинических проявлений носит название синдрома Лериша - это комплекс клинических проявлений, вызванных сужением или окклюзией брюшной аорты в месте её раздвоения, что приводит к кислородному голоданию и поражает органы мочеполовой и репродуктивной систем. У 20-50% больных мужчин выявляется эректильная дисфункция, которая считается вторым класси-

ческим симптомом этого синдрома. Её появление обусловлено тремя причинами: недостаточностью притока крови, что исключает полноценное наполнение кавернозных тел во время эрекции, хронической артериальной спинальной недостаточностью, отражающейся на функции спинальных половых центров, снижением гормональной активности в связи с ишемией яичек и предстательной железы.

Условной возрастной группой риска считается промежуток от 40 до 60 лет. По данным исследователей [2] число больных с синдромом Лериша увеличивается с возрастом. Существующие методы консервативного лечения I и II стадий данного заболевания оставляет желать лучшего, в связи с чем целью нашего исследования являлось нахождение путей оптимальной терапии этой патологии и связанной с ней эректильной дисфункцией.

Материал и методы

Под нашим наблюдением находилось 42 больных мужчин с синдромом Лериша I и II стадий в возрасте 35-55 лет. Давность заболевания составляла от 2-х до 8-ми лет. Больные обследованы клинически: внешний осмотр, пальпация, аускультация брюшной аорты и бедренной артерии. Произведены анализы мочи, крови, коагулограмма, липидограмма, ультразвуковая доплерография, рентгеноконтрастная ангиография, транслюмбальная пункционная аортография. Определялась пульсация на брюшной аорте, бедренных артериях и половом члене, градиент давления между верхними и нижними конечностями, лодыжечный индекс давления (ЛИД): отношение АД на лодыжках к АД на плече (в норме 1,0, а при синдроме Лериша I и II стадий он составляет 0,8). Аускультация позволяла обнаружить самый важный диагностический признак поражения брюшной аорты - систолический шум, который чаще всего выслушивался над бедренными артериями. Почти у трети больных систолический шум определялся над самой брюшной аортой. Этот шум чаще всего выслушивался над стенозированным сосудом.

Результат и обсуждения

Вопрос о тактике ведения больных с синдромом Лериша решался комплексно на основе стадий ишемии, локализации процесса и общего состояния пациентов. Больным давали следующие рекомендации:

1. Снизить влияние факторов риска: полный отказ от курения, контроль уровня глюкозы в крови, поддержание нормального АД не выше 140/90, снижение уровня LDL холестерина до 2,59 ммоль/л.

2. Ежедневные прогулки на свежем воздухе не менее 1 часа.

Учитывая применение препаратов одной из групп пациентов, непосредственно патогенетически влияющих на эректильную дисфункцию, больные были разделены на 2 группы:

1 группа: 26 больных, получавших сосудорасширяющие препараты (но-шпа, папаверин), ганглиоблокаторы (мидокалм, вазкулат), холинолитики (андекам, депо-падутин). Для снижения вязкости крови использовали кардиомагнил в дозировке 75 мг ежедневно. Для улучшения реологии крови назначали реополиглюкин, аторвастин [3].

2 группа: 16 больных, получавших назначения 1 группы, с добавлением ингибитора ФДЭ-5-силденафила С-3. Назначался также альпростадил - сосудорасширяющий и антиагрегантный препарат, улучшающий микро-циркуляцию, периферическое кровообращение и оказывающий вазопротек-торное действие.

Консервативное лечение проводилось курсами по 1-2 мес. амбулаторно и стационарно в зависимости от стадии ишемии 2-3 раза в год. Для оценки результатов проведенного лечения нами была использована шкала международного индекса эректильной функции - МИЭФ-5. В этой анкете имеется 5 вопросов по 5 ответов, по которым пациент набирает баллы. От количества набранных баллов зависит сексуальная способность больного: 5 баллов - тяжелая степень нарушения эректильной функции, 25 баллов - нарушения нет или почти нет. В результате проведенного лечения у 16 (62%) больных 1-ой группы отмечалось значительное уменьшение признаков ишемии нижних конечностей, наблюдалось улучшение спонтанных и адекватных эрекций. Здесь больные набирали до 15-16 баллов при исходных 5-7. Во 2-ой группе улучшение отмечено у 14 больных, что составило 87,5%. В этой группе больные набирали до 18-21 балла при исходных 5-7 баллов. Через год в обеих группах при соблюдении рекомендаций врача результаты лечения были стойкими.

Заключение

При синдроме Лериша консервативному лечению подлежат больные только в I и II стадиях. При обращении больных с эректильной дисфункцией к урологу или андрологу необходимо тщательное обследование для выявления симптомов, характерных для синдрома Лериша. Диагноз поражения брюшной аорты можно легко поставить, если у больного жалобами на боли в нижних конечностях отсутствует пульсация хотя бы одной бедренной артерии и если над брюшной аортой, подвздошными или бедренными артериями выслушивается систолический шум. Дифференциальный диагноз следует проводить с остеохондрозом позвоночника, ишеорадиккулитом, сдавлением сосудов опухолями.

При патогенетически правильном подборе комплекса лечения эффективность терапии доходит до 87,5%.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Беленков Ю.Н., Оганов Р.Г. - Кардиология. /Национальное руководство. Краткое издание. 2012 г.
2. Бокерия Л.А. - Кардиологическая и хирургическая помощь при сердечно-сосудистых заболеваниях в Российской Федерации. 2002 г;
3. 9. Очент Л.Дш. - Влияние терапии аторвастатином на реологические свойства крови и ближайший прогноз у больных, оперированных по поводу синдрома Лериша. Москва - 2007 г;
4. Покровский А.В.; Дрюк Н.Ф.; Шалимов А.А. - Хирургия аорты и магистральных артерий. Москва - 1979 г;
5. Покровский А.В - Клиническая ангиология. 2004 г.367 с.
6. John W., Hallett. - Comprehensive Vascular and Endovascular Surgery. 2012 2012;
7. Wollmar, - Kardiology, 1971.

Поступила 18.02. 2019