

УДК 618.36-008.64-08:615.835

АНТЕНАТАЛЬНАЯ ЦЕРЕБРОПРОТЕКЦИЯ ФИЗИЧЕСКИМИ  
ФАКТОРАМИ ПРИ САНАТОРНОМ ЛЕЧЕНИИ БЕРЕМЕННЫХ  
ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКОЙ ПЛАЦЕНТАРНОЙ  
НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

О.И. ДЕНИСОВА, Н.Ф. ДАВЫДКИН, Ю.В. ДАВЫДКИНА\*

В статье патогенетически обосновано применение немедикаментозных факторов в комплексном санаторном лечении хронической плацентарной недостаточности. Включение фитодуша в комплексное санаторное лечение хронической плацентарной недостаточности позволяет снизить вероятность возникновения церебральной ишемии у детей на 15,3% по сравнению со стандартной медикаментозной терапией.

**Ключевые слова:** антенатальная церебропротекция, беременные женщины, хроническая плацентарная недостаточность, санаторное лечение, экотерапия, фитодуш.

Проблема хронической плацентарной недостаточности (ХПН) в настоящее время как одной из главных причин перинатальной заболеваемости и смертности в Российской Федерации является актуальной не только с медицинской, но и социальной точки зрения. За последние 10 лет удельный вес данной патологии в структуре заболеваний беременных вырос с 13,8% до 20,6% [1].

ХПН занимает лидирующую позицию в возникновении гипоксического поражения головного мозга у ребенка, занимающего по частоте и значимости I место в структуре детской инвалидности, составляя до 60-80% всех заболеваний раннего детского возраста. Ряд авторов расценивают лечение хронической плацентарной недостаточности как значимый раздел пренатальной педиатрии, являющийся формой управления здоровьем детей [2,3].

На современном этапе хроническая плацентарная недостаточность расценивается как клинический синдром, обусловленный морфо-функциональными изменениями в плаценте и нарушениями компенсаторно-приспособительных механизмов, обеспечивающих функциональную полноценность органа. Он представляет собой результат сложной реакции единой биологической системы мать-плацента-плод на различные состояния материнского организма (воздействие экологических факторов, экстрагенитальные заболевания, гестационные осложнения и другие патологические процессы) [4].

При начальных стадиях процесса отмечают снижение содержания кислорода в артериальной крови плода. В его организме развиваются адаптационные реакции. Стимулируется гемопоэз, развивается ограничение поступления глюкозы к плоду, перераспределение крови [5].

По мере прогрессирования гипоксемии развивается гипоксия, при которой наблюдается уже внутриклеточный недостаток кислорода, необходимого для аэробного метаболизма, нормального роста и дифференцировки мозга плода. Развивается «гипоксический стресс», сопровождающийся выбросом адреналина и норадреналина, усугубляющих течение процесса [6].

В последнее время отмечается нарастание тяжести ятрогенных осложнений у беременных женщин, вызванное увеличением объема принимаемых лекарственных препаратов, отрицательно влияющих на физиологический гестационный гомеостаз. Ряд авторов подчеркивает, что в настоящее время не существует ни одного лекарственного препарата, абсолютно безвредного для матери и плода [7].

Многие лекарственные препараты, получаемые женщиной во время беременности, имеют ряд побочных эффектов, как для организма женщины, так и для организма плода. Кроме того, гипопроотеинемия и нарушения функции печени, характерные для патогенеза ХПН, требуют ограничения медикаментозной нагрузки на материнский организм. В сложившейся ситуации особенно актуальна проблема разработки и подбора нелекарственных методов лечения, безвредных и ненагруженных для системы мать-плод [8].

Нелекарственные методы обладают существенным влиянием на повышение возможности систем адаптации, однако методики их применения у беременных женщин изучены недостаточно. Максимальное сосредоточение нелекарственных методов лечения отмечается в санаторной службе. Основу санаторного лечения беременных женщин составляет экологический принцип, т. е. экотерапия.

Под экотерапией мы понимаем комплекс мероприятий, проводимых с целью устранения или уменьшения последствий неблагоприятного воздействия на организм человека окружающей среды [9]. Согласно приказам МЗ и социального развития РФ № 44 от 27.01.06 и № 876 от 25.12.06 на долечивание в санаторий направляются беременные женщины групп риска, в том числе с ХПН, со сроком беременности от 12 до 30 недель.

Предпочтительно пребывание пациентки в санаториях местного значения, т.к. длительное перемещение, особенно железнодорожным или авиатранспортом является дополнительным отягощающим фактором. Наиболее неблагоприятна инверсия привычного сезонного ритма (переезд из осени или зимы в лето), что влечет за собой отрицательные последствия как в период пребывания в санатории, так и во время реакклиматизации, снижая эффективность проведенного лечения [10,11].

Очень важно соблюдение ежедневности лечения и суточной цикличности процедур (процедуры в одно и то же время). Обязательно уточняется, есть ли у беременной метеоплабильность, что может внести коррективы в комплекс лечения и поможет адекватно оценивать ответные реакции на проводимое лечение. Решение о подборе методов лечения принимает врач санатория.

**Цель исследования** – изучение эффективности применения фитодуша в комплексном санаторном лечении хронической плацентарной недостаточности.

**Материалы и методы исследования.** Под нашим наблюдением находилось 200 женщин с легкой или среднетяжелой степенью ХПН со сроком беременности от 14 до 30 недель, получавших санаторное лечение в санаториях г. Самары за период с февраля 2006 г. по декабрь 2009 г.

Все обследованные женщины были разделены на группы по принципу «копи-пара» по следующим параметрам: возраст, семейное положение, регион проживания, трудовая занятость, паритет.

I группа – 100 беременных с хронической плацентарной недостаточностью, которым было назначено комплексное санаторное лечение с применением фитодуша;

II группа – 100 беременных с хронической плацентарной недостаточностью, получавших стандартный комплекс санаторного лечения.

Все беременные перед проведением санаторного лечения прошли клинико-лабораторное, инструментальное обследование, согласно «Отраслевым стандартам объемов обследования и лечения в акушерстве, гинекологии и перинатологии» (1999) с учетом их коррекции на региональном уровне.

У всех пациенток, находившихся под нашим наблюдением, выявляли факторы риска, приводящие к развитию хронической плацентарной недостаточности, и как следствие, к внутриутробной гипоксии плода. Так, количество соматических заболеваний составило в среднем 1,18±0,12 на 1 пациентку. Наибольшей распространенностью характеризовалась экстрагенитальная патология сердечно-сосудистой и мочевыделительной систем, несущих основную нагрузку в процессе транспорта кислорода и питательных веществ в системе «мать-плацента-плод» в организме беременной женщины.

Достаточно высокими оказались и средние показатели акушерско-гинекологических заболеваний на 1 беременную женщину. Этот показатель составил 1,02±0,1 на 1 пациентку. Причем, наиболее встречаемыми из них оказались заболевания и состояния, травмирующие слизистую матки и приводящие в дальнейшем к нарушению формирования и функционирования маточно-плацентарного кровотока: такие как медицинские аборт, выкидыши.

Отклонения и осложнения в течение настоящей беременности имели большинство наших пациенток. Число гестационных заболеваний составило 1,57±0,98 на 1 пациентку. Наиболее благоприятной для состояния плода из них была хроническая плацентарная недостаточность.

Из аппаратных методов исследований проводили *ультразвуковое исследование* (УЗИ) органов брюшной полости матери и плода, *кардиотокографию* (КТГ) плода. Динамический фетомониторинг осуществляли ежедневно всем пациенткам в процессе лечения в акушерском стационаре. Исследования у беременных были проведены с момента установления диагноза и до родов. После лечения в санатории всем пациенткам проведено аналогичное обследование. Полученные данные заносили в специально разработанную карту. После родов проводили морфологическое исследование плаценты в соответствии с приказом N82 МЗ и МП РФ от 29.04.94 г. «О порядке проведения патологоанатомических исследований».

Оценку состояния новорожденного проводили по шкале

\* Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Самарский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения и социального развития России», 443099, г. Самара, ул. Чапаевская, 89.

Апгар на первой и пятой минутах жизни, учитывали массовый коэффициент, использовали перцентильные таблицы по Г.М. Дементьевой и Е.В. Короткой (1981). На основании истории развития новорожденных анализировали течение раннего неонатального периода. Для оценки степени поражения ЦНС ребенка проводили клиническую оценку неврологического статуса, состояния глазного дна, данных нейросонодоплерографии.

Лечебный комплекс основывался на принципах экотерапии, подбирались индивидуально, исходя из срока беременности и степени выраженности ХПН. Он включал в себя диетотерапию, климатотерапию в виде дозированных терренкуров, воздушных ванн, гелиотерапии, массажа, психотерапии. Все пациентки получали различные варианты ЛФК: утреннюю гигиеническую гимнастику, дозированную ходьбу в медленном темпе.

Широко применялась гидротерапия в виде души, плавания в бассейне, гидрокинезотерапии. Все пациентки, находившиеся под нашим наблюдением, получали фитодуш по разработанной нами методике (патент РФ № 2009100339/14 от 27.08.2010) [12].

При проведении процедуры пациентка принимала общий душ при температуре воды 37°C в течение 5 минут для постепенной адаптации организма. Затем медсестра проводила локальный фитодуш. Для этого диафрагма аппарата перекрывалась специальным штуцером, дополнительный шланг опускали в сосуд с фитосбором.

Воздействие производили по лабильной методике – перемещением струи спиралевидным движением со скоростью 2 см/с по передней брюшной стенке по часовой стрелке. Давление воды составляло 1,5-2 атм, т.к. такое давление является ненагруженным для матери и одновременно достаточным для получения спазмолитического эффекта. Температура подаваемого фитосостава была индифферентной и составляла 37°C. Более высокая температура воды плохо переносится беременной женщиной, а низкая – усиливает спазм сосудов. Длительность процедуры– 3-5 минут, ежедневно или через день. Курс лечения составлял 8-10 процедур.

Состав сбора для фитодуша включает в себя:

- мелисса лекарственная – 1 часть,
- мята перечная – 2 части,
- пустырник – 2 части,
- плоды боярышника – 1 часть.

1 чайную ложку сбора заливали 1 стаканом кипятка, нагревали на водяной бане в течение 15 минут, затем настаивали 45 минут. Срок хранения в готовом виде 2 суток при t<sup>0</sup> +4 °С. Травы, входящие в состав фитосбора, устраняют спазм сосудов плаценты, благодаря чему плод получает больший объем питательных веществ и кислорода; тем самым устраняются или уменьшаются явления хронической гипоксии плода.

**Результаты и их обсуждение.** Изучение непосредственно влияния фитодуша на клиническое течение беременности у женщин группы высокого риска продемонстрировало улучшение состояния беременных. Об этом свидетельствует более быстрая нормализация общего состояния, исчезновение гипертонуса миометрии у беременных с угрозой прерывания беременности, купирование отечного и гипертензионного синдрома у беременных с гестозом с оценкой по шкале Гоэка-Савельевой 2,1 баллов против 3,4 баллов.

В процессе лечения хронической плацентарной недостаточности отмечена положительная динамика показателей КТГ плода. Отклонение более чем двух основных параметров КТГ от нормативных расценивалось нами как патологический тип КТГ. При включении фитодуша нормальный тип КТГ регистрировали в 92,5±2,9%, при стандартном методе лечения – в 83,7±4,8% случаев (p<0,01).

При контрольном эхографическом исследовании, после завершения курса терапии достоверно чаще встречали инфаркты в плаценте во второй группе по сравнению с первой (12,1% и 8,9%).

В соответствии с нашими исследованиями маркёры вторичной плацентарной недостаточности инволютивно-дистрофические изменения достоверно чаще встречали в последах у женщин второй группы, у них же отмечали стеноз сосудов опорных ворсин, воспалительные изменения. Наибольшая частота удовлетворительных компенсаторных реакций отмечена в последах у пациенток I (основной) группы – в 75,3±3,1% и в 52,1±3,9% последов II группы. В первой группе 42,2% последов соответствовали сроку гестации, во второй группе лишь в 13,5% (p<0,01). Основные параметры физического развития детей представлены в табл. 1.

Отмечали достоверное увеличение массы тела детей у женщин, получавших во время беременности терапию с использованием фитодуша, на 67,8 г. Достоверно чаще дети, рожденные

от матерей, в группе которых использовали фитодуш, соответствовали сроку беременности.

Таблица 1

**Физические параметры новорожденных от женщин с хронической плацентарной недостаточностью**

Показатели	I группа n=100	II группа n=100
	M±m	M±m
Масса тела, г	3378,05±26,2*	3310,23±22,8
Длина тела, см	52,00±0,15*	51,45±0,26
Окружность головы плода, см	34,23±0,15	33,84±0,12
Окружность живота плода, см	33,18±0,13	32,78±0,11

Примечание: \* – показатель достоверности между I и II группами, p<0,05

Улучшение компенсаторно-защитных возможностей плода и новорожденного после проведенного фитодуша проявлялось в более высокой оценке их состояния по шкале Апгар. Так, в первой группе средняя оценка на первой минуте составила 7,7±0,2 баллов, во второй группе – 6,99±0,3 баллов (p<0,05), а на пятой минуте – 8,4±0,2 и 7,9±0,2 баллов соответственно (p<0,05). Изучение периода адаптации убедительно продемонстрировало наличие более выраженных нарушений у детей женщин второй группы. При изучении раннего неонатального периода у новорожденных были получены следующие данные (табл. 2).

Таблица 2

**Течение раннего неонатального периода у новорожденных**

Показатель	I группа n=100		II группа n=100	
	Количество детей, абс.	M±m, %	Количество детей, абс.	M±m, %
Выписан на 4-5 сутки домой	66	47,0±4,5*	60	51,4±4,9
Выписан на 6-9 сутки домой	31	24,0±2,5	34	22,35±4,6
Переведены в педиатрические отделения	3	2,1±1,3	6	3,3±3,6*

Примечание: \* – показатель достоверности между первой и второй группами, p<0,05

Достоверно раньше выписывали детей, рожденных от матерей I группы – 66,0% и 60,0% – второй группы были выписаны на 5 сутки. В отделение патологии новорожденных с церебральной ишемией для дальнейшего лечения были переведены: у женщин в первой группе 3 ребенка (3,0%) , во второй – 6 (6%) детей (p<0,05).

Степень поражения ЦНС у новорожденных детей была различной. У пациентов, матери которых получали в комплексном лечении фитодуш, преобладала легкая и среднетяжелая степень. Тяжелого перинатального поражения ЦНС у пациентов данной группы мы не отмечали.

У новорожденных из 2 группы преобладали среднетяжелые и тяжелые поражения ЦНС. Так, из 6 детей, переведенных в ММУ ДГКБ № 1, 2 пациента были госпитализированы в отделение реанимации и интенсивной терапии.

**Заключение.** Таким образом, анализ эффективности терапии хронической плацентарной недостаточности с использованием фитодуша выявил положительную динамику основных клинических проявлений плацентарной недостаточности и гестационных осложнений с сокращением сроков лечения, более благоприятный прогноз для новорожденного. Включение фитодуша в комплексное санаторное лечение ХПН позволяет снизить вероятность возникновения церебральной ишемии у детей – на 15,3% по сравнению со стандартной медикаментозной терапией.

**Литература**

1. Стрижаков, А.Н. Фетоплацентарная недостаточность: патогенез, диагностика, лечение / А.Н. Стрижаков, Т.Ф. Тимохина, О.Р. Баев // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии.– 2003.– № 2.– С. 2–11.
2. Тютюник, В.Л. Морфофункциональное состояние мать-плацента-плод при плацентарной недостаточности / В.Л. Тютюник, В.А. Бурлаев, З.С. Зайдиева // Акушерство и гинекология.–

2003. – № 6. – С. 11–16.

3. Бунин, А.Т. Задержка внутриутробного развития плода (патогенез, диагностика и акушерская тактика): автореф. дис. ... докт. мед. наук / А.Т. Бунин. – М., 1993. – 33 с.

4. Богданова, Л.П. Двигательная активность беременных женщин в рамках психофизической подготовки к родам / Л.П. Богданова, В.П. Ларина // Актуальные проблемы восстановительной медицины, курортологии и физиотерапии. – Здоровье женщины – залог благополучия России: материалы Межд. конгресса «Здравница-2007». – Уфа-М., 2007. – С. 60.

5. Dejin-Karlson, E. Association of a lack of psychosocial resources and the risk of giving birth to small for gestational age infants: E. Dejin-Karlson, B.S. Hanson, P.O. Ostergren, A. Lindgren, K. Marsal // Brit. J. Obstet. Gynecol., 2000. – V.107. – P. 89–100.

6. Harding, R. Fetal growth and development / R. Harding, D.A. Bocking // Cambridge: University press, 2001. – 266 p.

7. Линева, О.И. Женщины. Акушерские и гинекологические проблемы / О.И. Линева, В.В. Павлов. – Самара, 1998. – 415 с.

8. Плацентарная недостаточность: учебно-методическое пособие / под ред. Э.К. Айламазян. – СПб.: Изд-во Н-Л, 2007. – 32 с.

9. Давыдкин, Н.Ф. Эко-терапия – как основа санаторно-курортного лечения больных / Н.Ф. Давыдкин, О.И. Денисова, Е.Г. Тыщенко, Ю.В. Давыдкина // Научно-практическая конференция по восстановительной медицине, курортологии и физиотерапии, посвященная 30-летию санатория «Бирюсинка плюс». – Самара, 2007. – С. 53–55.

10. Айламазян, Э.К. Акушерство: учебник для медицинских ВУЗов / Э.К. Айламазян. – СПб: Спец. лит., 2002. – 526 с.

11. Пальчик, А.Б. Гипоксически-ишемическая энцефалопатия новорожденных / Пальчик, А.Б., Шабалов. – СПб: Питер, 2001. – 224 с.

12. Патент 2397748 РФ, МПК<sup>51</sup>, А61Р 15/06. Способ лечения беременных женщин с фетоплацентарной недостаточностью / Давыдкин Н.Ф., Денисова О.И., Давыдкина Ю.В., Кныш Ю.А., Тыщенко Е.Г., Украинцева Г.П.; патентообладатели – те же авторы. – № 2009100339/14; заяв. 11.01.2009; опубл. 27.08.2010, Бюл. № 24.

ANTENATAL TSEREBROPROTEKTSIYA PHYSICAL HEALTH FACTORS IN THE TREATMENT OF PREGNANT WOMEN WITH CHRONIC PLACENTAL INSFFICIENCY

O.I. DENISOVA, N.F. DAVYDKIN, Y.V. DAVYDKINA

Samara State Medical University

The article presents pathogenetic ground of applying non-drug factors in complex sanatorium treating chronic placental insufficiency (CRI). The inclusion of phyto-shower in complex sanatorium treatment of CRF provides 15.3% reduce of cerebral ischemia risks in children in comparison with standard medical therapy.

**Key words:** antenatal cerebral ischemia, pregnant women, chronic placental insufficiency, sanatorium treatment, ecotherapy, phyto-shower.

УДК 616.818.31

КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЭРЕКЦИОННОЙ СОСТАВЛЯЮЩЕЙ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПРОСТАТИТОМ

А.Т. ТЕРЁШИН, И.Б. СОСНОВСКИЙ, И.Ж. РУМЯНЦЕВ, В.И. БЫЛИМ\*

Проведённые исследования показывают, что для клинико-функциональной оценки эрекционной составляющей необходимо изучать состояние вегетативной нервной системы, параметрирование фрикционной стадии, гемодинамику полового члена в состоянии релаксации и тумесценции, параметрирование некоторых фаз эрекционной составляющей в ситуации фармакотеста и видеоассоциативной сексуальной стимуляции, индексе васкуляризации яичек, концентрацию тестостерона в крови.

**Ключевые слова:** хронический простатит, эрекционная составляющая.

Хронический простатит (ХП) в структуре урологической патологии занимает 75-85% [1,4], в 35-63% случаев вызывая эректильную дисфункцию (ЭД) [1-4]. Если у больных с ЭД объек-

тивные критерии оценки нейрогуморальной составляющей разработаны, то объективные критерии оценки эрекционной составляющей (ЭРС) разработаны недостаточно [1,2]. Так как ЭРС, анатомо-физиологическим субстратом которой являются спинальные центры эрекции с их экстраспинальными отделами, а также половой член, представляет конечный исполнительный аппарат, обеспечивающий главным образом механическую сторону полового акта, то для объективной оценки ЭРС необходимы диагностические приёмы, отобранные из семиологических арсеналов урологии, неврологии и нейрофизиологии. Одни исследователи считают [1,3], что для оценки ЭРС необходимо изучение гемодинамики полового члена, другие [2,3] указывают на обязательное исследование параметрирования эрекционных фаз при видеоассоциативной сексуальной стимуляции (ВАСС).

В связи с вышеуказанным, мы решили изучить функциональное состояние ЭРС у больных ХП с ЭД, опираясь на системный подход, принятый в клинической сексопатологии [4].

**Цель исследования** – изучить функциональное состояние ЭРС у больных ХП с ЭД.

**Материалы и методы исследования.** Под нашим наблюдением находилось 160 больных ХП в возрасте от 22 до 45 лет (средний возраст 34,5±2,5 лет), имеющих жалобы на ЭД от 6 мес. до 7 лет (в среднем 3,9±0,8 года).

Обследование больных проводилось по «Карте сексологического обследования мужчины» с вычислением индексов половой конституции [4]. Больные самостоятельно заполняли квантификационную шкалу сексуальной формулы мужчины (СФМ), шкалу оценки эректильной функции (ШЭФ) [2], Международный индекс эректильной функции, Международную систему суммарной оценки ХП.

Всем больным проводились кардиоинтервалография, доплерометрия сосудов полового члена ультразвуковым сканером «Expert GE» (США) с датчиками 6-14 МГц до и после ВАСС с интракавернозным введением 10 мкг каверджекта, параметрирование фаз ЭРС после фармакотеста и ВАСС, оценивался индекс васкуляризации яичек (ИВЯ), изучалась концентрация тестостерона (Т) в сыворотке крови иммуноферментным методом наборами фирмы СП «Белорис» (Белоруссия). ИВЯ рассчитывали по формуле: отношение площади интрастестикулярных картируемых сосудов к площади яичка, умноженное на 100%.

Контрольную группу составили 20 здоровых мужчин с сохранными сексуальной и фертильной функциями в возрасте от 22 до 45 лет ( в среднем 34,7±1,2 года).

**Результаты и их обсуждение.** ЭД у 22 (13,7%) больных появилась еще до возникновения ХП, но у 138 (86,3%) она появилась на фоне ХП при продолжительности ХП свыше 3 лет. Специальными методами исследования у больных установлен абактериальный ХП.

Жалобы больных были многообразными. 160 (100%) пациентов предъявляли жалобы на сексуальные расстройства: снижение либидо – у 78 (48,8%), снижение и ослабление эрекции – у 160 (100%), преждевременную эякуляцию – у 94 (58,8%), снижение частоты половых актов – у 116 (72,5%) больных, которые в 124 (77,5%) случаях носили сочетанный характер, усугубляясь и «обрастая» новой сексопатологической симптоматикой по мере длительности ХП. У 130 (81,3%) больных выявлен алгический синдром, у 160 (100%) – астеноневротический, у 78 (48,8%) – дизурический.

Международная система суммарной оценки симптомов ХП показывает, что у больных выраженность клинических проявлений была представлена умеренной симптоматикой как по экстенсивности, так и интенсивности (балльная оценка симптоматики колебалась от 4,6 до 5,6).

26 (16,3%) больных относились к сильной половой конституции (Кг – 7,37±0,01, Ка – 7,16±0,01, Ка/Кг – 1,02±0,01, Кф – 7,28±0,01), 36 (22,5%) – к средне-сильной (Кг – 6,5±0,01, Ка – 6,33±0,01, Ка/Кг – 0,95±0,02, Кф – 6,43±0,02), 62 (38,8%) – к слабому варианту средней половой конституции (Кг – 3,25±0,01, Ка – 3,12±0,01, Ка/Кг – 0,91±0,01, Кф – 3,13±0,01), 36 (22,5%) – к слабой половой конституции (Кг – 1,75±0,08, Ка – 2,17±0,12, Ка/Кг – 0,89±0,01, Кф – 1,91±0,02).

СФМ представлена следующими средне-арифметическими данными: 2,1-1,1/0,8-0,7/0,2-0,3/1,7-2,0/1,2-1,1/1,5-1,0/1,7-1,6/1,2 = 18,2, что в 1,6 раза меньше (p<0,05) по сравнению с нормативными данными (32,4). Оценка ШЭФ показала, что у 88 (55%) больных выявлены лёгкие степени нарушения эректильной

\* ФГБУ «Пятигорский НИИ курортологии ФМБА России», 357501, Ставропольский край, г. Пятигорск, проспект Кирова, 30