

Эффект лечения проявился в нормализации (или улучшении) состояния пародонта и оптимизации ФС организма, включая свободно-радикальные процессы. В некоторых случаях не удалось полностью оптимизировать ФС, но улучшение микроциркуляции и вегетативного обеспечения деятельности уже свидетельствовали о положительном результате, так как нарушения микроциркуляции наряду с нарушениями свободно-радикальных процессов являются патогенетическими звеньями всех патологических процессов, в том числе и пародонтоза. Их нормализация позволяет как бы «блокировать» эти звенья стресс-реакции и не дать ей реализоваться в органах-мишенях, в частности, в пародонте. С помощью этого мы снизили вероятность хронизации процесса и рецидивов заболевания.

Таким образом, в результате проведенного исследования было выявлено, что у большинства больных с хроническим генерализованным пародонтитом диагностировалось неоптимальное ФС, несмотря на то, что при медицинском осмотре они были признаны соматически здоровыми. Вероятно, неоптимальное ФС было связано с перенесенными психоэмоциональными нагрузками и значительным психологическим напряжением в процессе работы. Эти нарушения, еще не отражающиеся на соматическом состоянии, можно было отнести к состоянию «предболезни», так как нарушение адаптационных реакций можно рассматривать как дизрегуляторную патологию. В связи с этим мы считаем обоснованным отнести хронический генерализованный пародонтит у соматически здоровых лиц к психосоматическим заболеваниям, обусловленным психоэмоциональным стрессом и при лечении с целью предотвращения рецидивов заболевания воздействовать не только на местные процессы, но и на регуляторные системы организма, в частности, центральную нервную систему, с целью создания оптимального ФС организма.

Литература

1. Артюшкевич А.С. Трофимова Е.К. Клиническая пародонтология. – Минск: Интерпрессервис, 2002. – 93 с.
2. Борисова И.В., Фархутдинова Л.В. // Интеграция науки и образования. – М., 2007. – С. 124–131.
3. Григорьян А.С. Грудянов А.И. Болезни пародонта: Патогенез, диагностика, лечение. – М.: Мед. информ. аг-во, 2004. – 320 с.
4. Данилова Н. Н. Психосоматология. – СПб., 2001. – С. 166.
5. Фархутдинов Р.Р. и др. // Методы оценки антиоксидантной активности биологически активных веществ лечебного и профилактического назначения. – М., 2005. – С. 125–146.
6. Фархутдинова Л.В. // Казанский мед. ж. – 2002. – №6. – С. 429.
7. Фархутдинова Л. В. // Третий Российский конгресс по патофизиологии. – М., 2004.
8. Фархутдинова Л. В. // Актуальные вопросы биологии и медицины. – М., 2006. – С. 147–152.
9. Фархутдинова Л.В., Галаутдинова Н.У. // ВНМТ. – 2002. – Т. IX. – №2. – С. 64–66.
10. Фархутдинова Л.В., Мадьярова Г.Р. // Казанский мед. жл. – 2002. – №6. – С. 429–432.
11. Фархутдинова Л.В., Сухарева М.Л. // Казанский мед. ж. – 2007. – Т. LXXXVIII. – №4. – С. 81–82.
12. Цепов Л.М. Заболевания пародонта: взгляд на проблему. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. – 192 с.
13. Цепов Л.М., Николаев А.И. // Пародонтология. – 2003. – №2 (27). – С. 19–24.
14. Brock G.R. et al. // J. Clin. Periodontol. – 2004. – Vol. 31, №7. – P. 515–521.
15. Chapple I.L., Milward M.R. // J. Clin. Periodontol. – 2007. – Vol. 34, № 2. – P. 103–110.

THE DIAGNOSIS, TREATMENT, PROPHYLAXIS OF PARODONTIS
TAKING INTO ACCOUNT FUNCTIONAL STATE IN PERSONS HAVING
LONG PSYCHOEMOTIONAL LOADING

E.K. SUBIRZYANOVA, L.V. FARKHUTDINOVA

Summary

The patients with chronic generalized parodontitis have non-optimal functional state despite during its examination they were evaluated somatic health.

Key words: non-optimal functional state, parodontitis

УДК 616.31-089.81; 616.314.17/18-07-08-057.36:616.839

КОНГРЕГАЦИЯ МЕТОДИЧЕСКИХ И МЕТОДОЛОГИЧЕСКИХ
ПОДХОДОВ К ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМУ ЛЕЧЕНИЮ
ПОСТОПЕРАЦИОННЫХ БОЛЬНЫХ С ФЛЕГМОМАМИ ОБЛАСТИ РТА
И БОЛЕЗНЯМИ ПЕРИАПИКАЛЬНОЙ ТКАНИ

Л.В. ШЕВЧЕНКО*

В общей структуре болезней органов пищеварения за последние 10 лет среди населения России наблюдался стойкий рост болезней полости рта, слюнных желез и челюстей (К 00–К 14 по МКБ-X), что в целом составило 106,3% за указанный период, а увеличение статистически зарегистрированного числа хронических воспалительных процессов в периапикальных тканях у больных 40–60 лет составляло ежегодно от 1,5 до 2,3% [1–3].

Цель работы – в рамках эксперимента дать научную трактовку сущностному наполнению термина «медицинская конгрегация фармакотерапии, оперативного лечения и немедикаментозного воздействия» применительно к современным инновациям в восстановительном лечении постоперационных больных, основываясь на анализе потребности поло-возрастных и профессиональных групп населения в специализированной хирургической помощи с реабилитацией в связи с флегмонами полости рта и болезнями периапикальных тканей (на примере жителей Белгородской области, как среднестатистического субъекта РФ)

Материалы и методы. Поставленная цель и вытекающие из неё задачи обусловили в рамках настоящей работы непреднамеренный выбор баз исследования, в т.ч. по Белгородской области (отделение челюстно-лицевой хирургии Белгородской областной клинической больницы; кафедра стоматологии БГУ и кафедра хирургических болезней Института последипломного медицинского образования Белгородского государственного университета; областное государственное учреждение здравоохранения санаторий «Красиво»; ООО «Санаторий «Красная Поляна»), а также по Краснодарскому краю (сочинские санатории: «Правда», «Южное взморье», «Волна»; Архипо-Осиповский санаторно-курортный комплекс «Вулан» Российского научного Центра восстановительной медицины и курортологии Минздравсопразвития РФ; клинический отдел изучения влияния природных и преформированных физических лечебных курортных факторов на организм человека НИЦ курортологии и реабилитации (г. Сочи) Федерального медико-биологического Агентства). В качестве единиц исследования выступали сформированные методом неслучайного отбора рандомизированные (по возрастному, половому и профессиональному признакам, проявлениям основного и сопутствующих заболеваний, образу жизни и т.д.) группы больных, подвергшихся оперативным вмешательствам по поводу периапикальных абсцессов и флегмон полости рта и проходивших в связи с этим в 2002–2008 гг. восстановительное лечение по авторским технологиям на вышеуказанных базах исследования.

Авторские инновации тактики врача при восстановительном лечении больных, перенесших оперативные вмешательства по поводу флегмон полости рта и периапикальных абсцессов (раскрытие флегмон или абсцессов корня языка, разлитых флегмон дна полости рта или флегмон в окологлоточном или крыло-челюстном пространстве и др.), заключались в том, что больные основной группы наблюдения ($n_{\text{общ}}=562$), выписываясь из стационара для дальнейшего амбулаторного наблюдения, обязательно направлялись (через 3–4 мес. после операции) на санаторный этап реабилитации. Для объективизации результатов лечения продукты ПОЛ и ферменты антиоксидантной защиты (АОЗ, по динамике в эритроцитах уровня супероксиддисмутазы (СОД) и каталазы) определяли по методике А.И. Карпищенко, 2002.

При изучении динамики иммунного статуса в рамках исследования проводили 2-уровневое сравнение показателей гемоцитогаммы наблюдаемых больных. К тестам 1-го уровня относили подсчет лейкоцитарной формулы, определение количества Т-лимфоцитов, концентрации иммуноглобулинов (Ig), кроме этого дифференцировали IgA, M, G по Manchini методом радиальной иммунодиффузии в геле. Определение концентрации общего IgE осуществляли в сыворотке больных твердофазным ИФА с помощью тест-систем «IgE-ИФА-БЕСТ-стрип» фирмы «Вектор-Бест» (Россия). Чувствительность анализа для данного набора составляет 2,0 МЕ/мл IgE. Результаты анализа регистри-

* Каф. стоматологии Белгородского госуниверситета; отделение челюстно-лицевой хирургии Белгородской ОКБ

ровали фотометрически при длине волны 450 нм с помощью ИФА-анализатора ELISA Processor II (Behring GmbH, Германия). Иммуностимулирующим эффектом обладали предложенные нами схемы врачебных назначений талассопробу по авторской методике, когда изучаемым пациентам рекомендовались: теплые (при ЭЭТ от 23° и выше), индифферентные (при ЭЭТ=21-22°) и прохладные (при ЭЭТ=17-20°) воздушные ванны не только аэроэстетические и слабодинамичные (при скорости ветра до 1 м/с), но и среднединамичные (при скорости ветра до 4 м/с).

Эти методики аэротерапии не исключали возможность назначения сильнодинамичных воздушных ванн в теплом или индифферентном режиме и разрешили сухие (при относительной влажности воздуха менее 55%) или умеренно-сухие (при относительной влажности 56-70%) сильнодинамичные прохладные воздушные ванны, запрещая лишь при скорости ветра выше 4 м/с аэротерапию в виде влажных и сырых воздушных ванн, т.е. не рекомендовали эти процедуры при относительной влажности воздуха свыше 71%. Предложенные в рамках медицинского таргетирования методики гелиотерапии своим интенсивным режимом (при наращении ежедневно по 5 калорий/см² в течение 15-18 дней после периода адаптации) обеспечивали для основной группы наблюдения иммуностимуляцию уровня трансферрина (ТФ) и церулоплазмينا (ЦП), а также числа клеток CD4⁺ и натуральных киллеров (на фоне оптимизации синтеза интерферонов), что для пациентов контрольной группы (не проходивших этап санаторной реабилитации) компенсировалось процедурами гипербарической оксигенации (ГБО). Это проводилось в отечественных лечебных бароаппаратах БЛКС-303 МТ при избыточном давлении 0,5-0,75 атмосфер со временем изопреции 60 минут. Время компрессии и декомпрессии составляло 15 минут. Курс ГБО-терапии обычно состоял из 10 сеансов.

Таблица 1

Перспективность использования талассопробу, с современных инноваций в бальнео- и физиотерапии для коррекции показателей ПОЛ и системы антиоксидантной защиты

Показатели ПОЛ и АОЗ (p<0,05)	Основная группа				Контроль (n=279)	
	Периапикальные абсцессы (n=282)		флегмоны и абсцессы полости рта (n=280)			
	до лечения	после	до лечения	после	до лечения	после
Каталаза сыворотки N=16,6-16,9 мкмоль/мл/мин	19,35±0,41	16,73±0,11	19,53±0,29	16,92±0,10	19,44±0,31	17,57±0,08
СОД сыворотки крови N=2,12-2,15 у.е./л	1,48±0,02	2,13±0,02	1,43±0,04	2,11±0,01	1,46±0,06	1,94±0,02
ГП сыворотки крови N=1,84-1,87 мкмоль/мл/мин	2,81±0,08	1,86±0,02	2,86±0,06	1,84±0,03	2,82±0,05	1,99±0,02
ЦП N=33-35 мг%	46,2±0,5	34,6±0,4	46,9±0,7	35,1±0,1	46,3±0,6	36,2±0,3
ДК N=0,8-1,0 ед./мл	1,32±0,02	0,91±0,03	1,34±0,03	0,96±0,02	1,33±0,2	1,08±0,01
МДА эритроцитов N=595-598 мкмоль/л	10,86±0,61	5,97±0,02	12,25±0,38	5,99±0,01	11,29±0,44	6,96±0,10

Результаты. Предложенные методы лечения позволили на статистически достоверном уровне наблюдений (p<0,05) установить, что тенденция к нормализации интенсивности процессов ПОЛ как на поликлиническом, так и на санаторно-курортном этапах восстановительного лечения (табл. 1) наблюдаемого контингента постоперационных больных подтверждается снижением показателя каталазы сыворотки, а также уровня ЦП и глутатионпероксидазы (ГП) в сыворотке крови. Одновременно повышение в сыворотке крови СОД с исходного 1,43±0,04 у.е./мл до 2,13±0,02 у.е./мл свидетельствует о нормализации интенсивности процессов ПОЛ и АОЗ у больных основной группы наблюдения. В рамках исследования получена достоверная информация о трудностях в нормализации МДА эритроцитов (как одного из ведущих показателей ПОЛ) традиционными методами восстановительного лечения на поликлиническом этапе больных, прооперированных по поводу флегмон полости рта, тогда как методики гелио- и пелоидотерапии (вкупе с воздушными ваннами, морскими купаниями и бальнеопроцедурами из галогенсодержащих природных минеральных вод) позволяли не только нормализовать МДА эритроцитов у пациентов из основной группы наблюдения, но и довести изначально повышенный уровень дневных конъюгатов (ДК, 1,32-1,34 ед./мл) до границ 0,91-0,96 ед./мл.

Последнее протекало на фоне приёма авторских схем сероводородной бальнеотерапии с оптимизацией характеристик иммунного статуса послеоперационных больных (табл. 2).

Таблица 2

Динамика характеристик иммунного статуса постоперационных больных при 2-уровневом фотометрическом контроле (с помощью ИФА-анализатора ELISA Processor II) их гемоцитогрaмм

Иммунные характеристики гемоцитогрaмм (p<0,05)	Основная группа				Контроль	
	периапикальные абсцессы (n=282)		флегмоны и абсцессы полости рта (n=280)		Та же патология (n=279)	
	до лечения	после	до лечения	после	до лечения	после
А. Тесты 1-го уровня						
Лейкоциты, x10 ⁹ /л	14,73±0,3	6,14±0,2	15,04±0,4	6,94±0,3	14,69±0,2	9,02±0,1
Лимфоциты	36,4±0,5%	37,8±0,7%	35,9±0,8%	37,9±0,4%	36,3±0,3%	37,0±0,3%
CD3+-лимфоциты (Т-лимфоциты)	48,8±1,2%	59,4±0,8%	46,4±1,3%	60,6±0,5%	47,7±0,4%	53,9±0,7%
CD20+-лимфоциты (В-лимфоциты)	15,3±0,6%	11,6±0,2%	15,8±0,4%	11,8±0,3%	15,5±0,2%	14,1±0,4%
CD4+-лимфоциты (Т-хелперы)	29,8±0,5%	32,2±0,4%	29,7±0,3%	31,9±0,2%	29,9±0,1%	30,8±0,1%
CD8+-лимфоциты (Т-супрессоры)	24,2±0,4%	20,8±0,3%	23,5±0,2%	20,9±0,1%	23,5±0,1%	22,6±0,1%
CD16+-лимфоциты (натуральные киллеры)	19,3±0,2%	11,7±0,3%	20,1±0,4%	12,3±0,3%	19,8±0,4%	16,5±0,3%
CD4/ CD8	1,23±0,02	1,54±0,01	1,3±0,1	1,52±0,02	1,27±0,3	1,36±0,2
Б. Тесты 2-го уровня						
IgA, г/л	3,1±0,1	2,8±0,2	3,2±0,1	2,9±0,1	3,1±0,2	3,0±0,1
IgG, г/л	13,8±0,3	12,5±0,1	14,0±0,2	12,8±0,1	13,9±0,1	13,2±0,1
IgM, г/л	3,2±0,1	2,7±0,1	3,4±0,1	2,8±0,1	3,2±0,1	3,0±0,2
IgE, МЕ/мл	252,4±0,3	153,1±0,4	259,8±0,2	157,7±0,2	253±0,2	179,5±0,5

По завершению курса санаторного лечения у пациентов основной группы наблюдения достоверно (p<0,05) нормализовался уровень лейкоцитов и Т-лимфоцитов при ярко выраженной тенденции снижения концентрации В-лимфоцитов и стабилизации уровня иммуноглобулинов, преимущественно, IgG с 13,8-14,0 г/л до 12,5-12,8 г/л и IgM с уровня 3,2-3,4 г/л до 2,7-2,8 г/л. Одновременно иммуноглобулины IgE в основной группе также имели стойкую направленность к снижению с уровня 252,4-259,8 МЕ/мл до уровня 153,1-157,7 МЕ/мл, тогда как в контрольной группе наблюдения аналогичный иммунотест, выполненный в сыворотке наблюдаемых постоперационных больных твердофазным ИФА с помощью тест-систем «IgE-ИФА-Бест» фирмы «Вектор» (Россия), показал снижение уровня иммуноглобулина IgE лишь до 179,5±0,4 МЕ/мл при N=152-157 МЕ/мл. Названное коррелировало с более выраженным процессом восстановления (у больных из основной группы наблюдения) соотношения Т-лимфоцитов с хелперной и супрессорной активностью (Тх/Тс), что определялось констатацией этого иммунорегуляторного индекса в пределах 1,52-1,54 (т.е. было нормальным), тогда как в контрольной группе наблюдения даже после завершения лечения этот показатель не поднимался выше значений 1,36±0,2. Изначально повышенный уровень CD16⁺ лимфоцитов (натуральных киллеров) в основной группе снизился до нормы, а в контроле имел лишь стойкую тенденцию к спаду, что трактовалось нами как подтверждение более медленного затухания воспалительных процессов у постоперационных больных из контрольной группы.

Выводы. Избирательная направленность (концептуальность) реабилитационных мероприятий для больных, перенесших оперативные вмешательства при указанной патологии, являясь основным условием (эвентуальностью) проведенного в рамках данного исследования научного обоснования преемственной тактики: врачей отделения челюстно-лицевой хирургии Белгородской областной клинической больницы; врачей поликлинического звена; врачей местных и федеральных здравниц. Составляющей этой эвентуальности являлся синергизм врачебной тактики применения минеральных вод и иных физических лечебных факторов рекреационных зон в санаторной реабилитации больных после оперативных вмешательств при болезнях периапикальных тканей и флегмонах полости рта.

Достоверным иммуностимулирующим эффектом обладали предложенные нами схемы врачебных назначений талассопробу по авторской методике, когда изучаемым пациентам рекомендовались: теплые (при ЭЭТ от 23° и выше), индифферентные (при ЭЭТ=21-22°) и прохладные (при ЭЭТ=17-20°) воздушные ванны не только аэроэстетические и слабо- (при скорости ветра до 1 м/с), но и среднединамичные (при скорости ветра до 4 м/с). Методики аэротерапии не исключали возможность назначения сильнодинамичных воздушных ванн в теплом или индифферентном режиме и разрешили сухие (при относительной влажности

воздуха <55%) или умеренно-сухие (при относительной влажности 56-70%) сильнодинамичные прохладные воздушные ванны, запрещая лишь при скорости ветра выше 4 м/с аэротерапию в виде влажных и сырых воздушных ванн, т.е. не рекомендовали эти процедуры при относительной влажности воздуха >71%.

Предложенные методики гелиотерапии своим режимом (при наращивании ежедневно по 5 калорий/см² в течение 15-18 дней после периода адаптации) обеспечивали для основной группы наблюдения иммуностимуляцию уровня трансферрина, а также числа клеток CD4⁺ и натуральных киллеров (на фоне оптимизации синтеза интерферонов), что для пациентов контрольной группы (не проходивших этап санаторной реабилитации) компенсировалось процедурами гипербарической оксигенации, т.е. по нашей методике проводилось в бароаппаратах БЛКС-303 МТ при избыточном давлении 0,5-0,75 атмосфер со временем изопрессии 60 минут, периодами компрессии и декомпрессии до 15 минут при полном курсе ГБО-терапии до 10 сеансов.

Представленные авторские принципы медицинского таргетирования талассопроцедур для названного контингента пациентов базировались на том, что предложенный режим врачебных назначений им (спустя 3-4 мес. после операции) солнечных и воздушных ванн, свободного и дозированного плавания (по индивидуальным методикам) в акватории лечебных пляжей здравниц – баз исследования в рекреационных прибрежных зонах Краснодарского края являлся более эффективным (по сравнению со стандартными методами поликлинического долечивания наблюдаемых постоперационных больных) санационным фактором коррекции показателей ПОЛ, что подтверждается достоверным ($p < 0,05$) повышением у пациентов на санаторном этапе наблюдения СОД (с исходного $1,43 \pm 0,04$ до $2,13 \pm 0,02$ у.е./мл), снижением (при выписке из здравниц) до нормальных значений изначально повышенных показателей каталазы, ЦП и ГП сыворотки крови, а также ДК в с $1,32-1,34$ ед./мл до нормы ($0,91-0,96$ ед./мл).

Литература

1. Алимский А.В. // Стоматология. – 2000. – № 3. – С. 51–54.
2. Конярев А.В. // Стоматол. для всех. – 2008. – №2. – С. 4–6.
3. Утехина В.П. и др. // Тез. докл. на Всерос. форуме «Здра-ница». – М., 2002. – С. 275.
4. Царфис П.Г. // Адаптивные системы неспецифического иммунитета: Мат-лы XII междуна. конф. бальнеол. – Мальта, 1998. – С. 40–42.
5. Яременко А.И., Алехова Т.М. // Эндодонтия Today. – 2002. – № 3-4. – С. 46–51.

УДК 616.71-018.3-002

БАЛЬНЕО- И МАНУАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВЫМ ОСТЕОХОНДРОЗОМ

Н.Г. ИСТОШИН, И.Е. ЖУРАВЛЕВ, А.Т. ТЕРЕШИН*

Остеохондроз пояснично-крестцового отдела позвоночника (ОПКОП) в 32-76% случаев вызывает у больных психоэмоциональные, вегето-сосудистые, сексуальные расстройства [1,3,9]. Однако, работы по неврологическим аспектам сексуальных расстройств при ОПКОП немногочисленны и противоречивы.

Медикаментозные методы лечения сексуальных расстройств при ОПКОП вызывают ряд побочных реакций и осложнений [1,4,7]. Адекватный терапевтический подход может быть только при опоре на системно-структурный анализ половых расстройств и митигированной тактике ведения больных, которым соответствует использование природных и физических факторов [1,4,7–9]. Показана высокая эффективность терапии больных вертеброгенными заболеваниями бальнео- и мануальной терапией [1,4,8,9]. Бальнеотерапия имеет противовоспалительное, десенсибилизирующее действие, нормализующее влияние на гипоталамо-гипофизарно-тестикулярную систему (ГГТС), восстанавливает сексуальную функцию у 24-38% больных [4,8].

Цель исследования – влияние бальнео- и мануальной терапии эректильной дисфункции у больных ОПКОП.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 40 мужчин в возрасте от 24 до 45 лет ($33,4 \pm 1,3$ лет), у кото-

рых была диагностирована эректильная дисфункция на фоне ОПКОП с длительностью от 2 до 8 лет ($4,3 \pm 0,5$ лет).

Обследование больных проводилось методами, принятыми в вертебро-неврологии [3] и сексологии [7]. На каждого больного вычисляли индексы по-ловой конституции по Г.С. Васильченко [7]. Больные заполняли квантификационную оценку сексуальной формулы мужчины (СФМ) [7], Международный индекс эректильной дисфункции (JEF). Индекс тревоги (ИТ) оценивали по Немчину, индекс нейротизма (ИН) – по шкале Айзенка. В качестве контроля были взяты 200 здоровых в сексуальном отношении мужчин в возрасте 25-45 лет в среднем $34,2 \pm 0,7$ лет).

Всем больным проводились рентгенологическое обследование методами стандартной спондилографии в прямой и боковой проекциях, ядерно-магнито-резонансная томография позвоночника (ЯМРТ), кардиоинтервалография (КИГ) при помощи кардиомонитора ЭКС-2-01 и компьютера РС 486 DX-4 по методу А.М. Вейна [2], доплерометрия сосудов полового члена аппаратом Expert GE с датчиками 6-14 МГц (США) в фазе релаксации и при видеоассоциативной сексуальной нагрузке с фармакотестом с левитрою по методу Е.Б. Мазо [6]. При доплерометрии определяли параметры: максимальная систолическая скорость кровотока (Vmax); диастолическая скорость кровотока (Vedd); усредненная максимальная скорость кровотока (TAMX) – результат усреднения скоростных составляющих огibaющей доплеровского спектра за один или несколько сердечных циклов; индекс периферического сопротивления (RJ) – отношение разницы систолической и диастолической скоростей кровотока к его систолической скорости: $RJ = Vmax - Vedd / Vmax$; индекс пульсации (PJ) – отношение разницы систолической и диастолической скоростей кровотока к усредненной по времени максимальной скорости кровотока: $PJ = Vmax - Vedd / TAMX$. Клинико-функциональную оценку нейрогуморальной (НГС), психической (ПС), эрекционной (ЭР) и эякуляторной (ЭЯС) составляющих копулятивного цикла вели по методу Г.А. Семашко [8].

Уровни пролактина (ПРЛ), лютеинизирующего (ЛГ), фолликуло-стимулирующего (ФСГ) гормонов, эстрадиола (Е2), тестостерона (Т) определяли в крови. Концентрации ПРЛ, ЛГ, ФСГ в сыворотке крови определяли с использованием тест-наборов «Иммунотек» (Чехия). Е2-, Т-наборами фирмы. СП «Белорис» (Белоруссия). В качестве нормы приняли показатели уровня гормонов в плазме крови у 20 здоровых мужчин (20-45 лет).

Больные получали нарзанные ванны, мануальную терапию и ЛФК. Со всеми больными проводилась психотерапевтическая коррекция сексуальной дизадаптации, сексологическая тренинг-терапия [5]. Больные на Кисловодском курорте получали нарзанные ванны температурой воды 35° в течение 12-15 мин., через день, на курс – 10 ванн. Мануальную терапию проводили не более 5-6 раз, в день с использованием методик: «мягкие техники», включая ишемическую компрессию по D.G. Travell, D. Simons, релиз-эффект по К. Lewit, постизометрическую релаксацию мышц, мобилизацию позвоночных и периферических суставов [3,9]. Результаты лечения оценивались следующим образом: значительное улучшение – восстановление сексуальных функций при полном или почти полном исчезновении имеющихся сексуальных нарушений в субъективной сфере и психоэмоциональных расстройств, полная или более чем 80% нормализация объективного статуса, а также лабораторно-инструментального обследования (доплерометрия кавернозных тел, концентрация ФСГ, ЛГ, Т, Е2 в крови); улучшение – уменьшение более чем на 50 % имеющихся сексологических и психоэмоциональных расстройств, объективного статуса и лабораторно-инструментального обследования; без улучшения – отсутствие сдвигов в субъективной и объективной сферах состояния больного; ухудшение – усиление жалоб и объективных симптомов заболевания, отрицательной динамики по данным доплерометрического исследования кавернозных тел, КИГ.

Наряду с болями в пояснично-крестцовом отделе позвоночника и снижением эрекции у всех больных у 15 (37,5%) больного были жалобы на снижение полового влечения, у 21 (52,5%) – преждевременное семяизвержение, у 19 (47,5%) – стертость оргастических ощущений, у 25 (62,5%) – повышенную раздражительность, вспыльчивость, у 29 (72,5%) – снижение работоспособности, у 26 (65%) – быструю утомляемость, у 17 (42,5%) – дизритмичный, поверхностный сон, у 7 (17,5%) – дистимический синдром после оргазма, у 11 (27,5%) – кардиалгию, у 25 (62,5%) – гиподинамию, у 21 (52,5%) – головные боли, у 12 (30%) – голо-

* ФГУ «Пятигорский ГНИИК Росздрава»