

УДК 616.697-092-07

ЛАЗЕРОТЕРАПИЯ НАРУШЕНИЙ ФЕРТИЛЬНОСТИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПРОСТАТИТОМ

А.Т. ТЕРЕШИН, В.А. ПУТИЛИН, В.В. МАШНИН, Ф.А. МОРОЗОВ *

Хронический неспецифический простатит (ХНП) в 52-76% случаев вызывает инфертильность [1–5], методы лечения которой представлены единичными работами [3–5]. Ряд исследователей [4–5] указывают на высокий терапевтический эффект лазеротерапии ХНП, однако, терапевтическая эффективность эндоваскулярной лазеротерапии (ЭВЛ) ХНП не изучена, что и явилось целью настоящего исследования. В связи с этим под нашим наблюдением находилось 40 больных ХНП в возрасте от 22 до 45 лет (в среднем $33,8 \pm 1,4$ года) с жалобами на бесплодие (100%), преждевременное семяизвержение (60%), слабость эрекции (27,5%), снижение оргастических ощущений (32,5%), слабость эрекции и преждевременное семяизвержение (27,5%). Длительность бесплодия составляла 1–11 лет (в среднем $3,8 \pm 0,7$ лет). В процессе обследования больных были выделены следующие клинические синдромы: у 27 (67,5%) – алгический, у 15 (37,5%) – дизурический, у 40 (100%) – астеноневротический, у 40 (100%) – копулятивной функции.

У всех больных проведены эхосонаографическое исследование предстательной железы, спермограмма по рекомендации ВОЗ, индексы половой конституции по [2], определение концентрации в крови ФСГ, ЛГ, пролактина (ПРЛ), эстрадиола (Е2), тестостерона (Т), дегидроэпиандростерона – сульфата (ДГЭА-С) до и после лечения. Женский, иммунологический факторы бесплодия были исключены. ЭВЛ проводилась ежедневно с 2-мя днями перерыва в неделю на аппарате «Матрикс-ВЛОК» с лазерным излучением в красной области спектра 0,63 мкм мощностью 1,5-2 МВт на выходе световода одноразовыми стерильными световодами с иглой КИВЛ-01 в течение 10 минут, № 10. Проводили массаж предстательной железы, ежедневно (№ 15).

К сильной половой конституции относились 15 (37,5%) больных, 14 (35%) – к средней и 11 (27,5%) – к слабой.

У всех больных выявлены олигозооспермия с концентрацией сперматозоидов в среднем $18,3 \pm 1,2$ млн в 1 мл., со средним процентом подвижности спермиев $39,5 \pm 6,7$, тератозооспермия со средним процентом патологических форм $45,7 \pm 3,4\%$, у 33 (82,5%) снижение концентрации фруктозы ($8,7 \pm 1,4$ нмоль/л), у 35 (87,5%) лимонной кислоты ($15,3 \pm 1,4$ нмоль/л) у 32 (80%) – резистентности спермий (РС) до $6,1 \pm 1,5$ мин., у 31 (77,5%) – дыхательной способности спермий (ДСС) до $114,6 \pm 21,3$ мин. После проведенного лечения трансректальные эхосонаографические признаки ХНП выявлены у 9 (22,5%), алгический синдром – у 11 (27,5%), дизурический – у 4 (10%), астено-невротический – у 13 (32,5%) больных. После проведенной терапии концентрация сперматозоидов в 1 мл в среднем составила $25,4 \pm 2,1$ млн, подвижность сперматозоидов – $57,3 \pm 3,1\%$, патологических форм сперматозоидов – $23,2 \pm 1,4\%$, концентрация фруктозы – $10,3 \pm 0,8$ нмоль/л, лимонной кислоты – $20,3 \pm 1,4$ нмоль/л, РС – $9,5 \pm 1,5$ мин., ДСС – $77,6 \pm 11,3$ мин. В результате проведенного лечения нормоспермия выявлена у 29 (72,5%) больных с сильной и средней половой конституциями.

Влияние ЭВЛ на концентрацию пептидных и стероидных гормонов в крови у больных ХНП представлено в табл.

Таблица

Влияние эндоваскулярной лазеротерапии на концентрацию пептидных и стероидных гормонов в крови у больных хроническим неспецифическим простатитом

Гормоны	Здоровые	До лечения	После	P
ФСГ, мМЕ/мл	$4,76 \pm 0,28$	$8,29 \pm 1,34$	$5,93 \pm 1,42$	P2-3<0,05 P1-3>0,05
ЛГ, мМЕ/мл	$5,14 \pm 0,43$	$6,34 \pm 0,39$	$5,27 \pm 0,36$	P2-3<0,05 P1-3>0,05
Е2, нмоль/л	$63,56 \pm 4,43$	$85,57 \pm 9,34$	$71,23 \pm 4,59$	P2-3<0,05 P1-3>0,05
Т, нмоль/л	$13,56 \pm 1,37$	$8,41 \pm 1,26$	$11,23 \pm 1,24$	P2-3<0,05 P1-3>0,05
ПРЛ, мМЕ/мл	$154,31 \pm 15,72$	$262,47 \pm 31,56$	$163,02 \pm 24,83$	P2-3<0,05 P1-3>0,05
ДГЭА-С, нмоль/л	$16,93 \pm 0,85$	$21,19 \pm 2,37$	$17,36 \pm 0,42$	P2-3<0,05 P1-3>0,05

Из табл. следует, что после лечения концентрация ФСГ в крови снижается на 28%, ЛГ – на 17%, Е2 – на 17%, ПРЛ – на 38%, ДГЭА-С – на 18%, Т – повышается на 33,5%, принимая нормативные данные ($p > 0,05$). В результате лечения функциональная активность гипоталамо-гипофизарно-надпочечников-тестикулярной системы наступила у 27 (67,5%) больных с длительностью ХНП ≤ 5 лет. В течение 1 года после проведенного лечения беременность наступила в 25 (62,5%) супружеских парах, в которых мужчины были в возрасте 22–40 лет с сильной и средней половой конституцией и длительностью ХНП ≤ 5 лет.

В результате использования ЭВЛ реабилитация фертильности наступила у 29 (72,5%) больных ХНП и наступление беременности в 25 (62,5%) супружеских парах, мужчины которых были в возрасте от 22 до 40 лет с сильной и средней половой конституциями, длительностью ХНП ≤ 5 лет.

Литература

1. Арнольди Э.К. Хронический простатит: проблемы, опыт, перспективы – Ростов-на-Дону, 1999. – 320 с.
2. Васильченко Г.С. Шкала векторного определения половой конституции // Спр-к по сексопатологии. – М., 1990. – С. 67-77.
3. Имшинецкая Л.П. Роль гормональных изменений в патогенезе половых расстройств и бесплодия при хроническом неспецифическом простатите: Автореф. дис... д.м.н. – Киев, 1983. – 43 с.
4. Михайличенко В.В. Патогенез, клиника, диагностика и лечение копулятивных и репродуктивных расстройств у мужчин при конгестиях в мочеполовом венозном сплетении: Автореф. дис... докт. мед. наук. – СПб, 1996. – 46 с.
5. Сатыбалдыев Ш.Р. Медицинская реабилитация больных хроническим простатитом с репродуктивной дисфункцией: Автореф. дис... канд. мед. наук. – Бишкек, 2000. – 22 с.

УДК 616.71-018.3-002

ПРИМЕНЕНИЕ МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ И ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ В КОМПЛЕКСНОМ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ ПРИ СОСТОЯНИЯХ ДИЗАДАПТАЦИИ С ПРЕОБЛАДАНИЕМ АСТЕНИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ

В.В. КОШЕЛЕВ, Ю.А. БЕКЕТОВ *

Состояния психической дизадаптации с преобладанием астенических нарушений чаще выявляются у наиболее социально активной части населения [2,4]. Их формированию способствует соматическая патология, в т.ч. нарушения опорно-двигательной системы, сопровождающиеся болевыми симптомокомплексами, нарушениями вертебробазилярной гемодинамики, вертеброневрологическими расстройствами [1]. Эти нарушения затрудняют реабилитацию и снижают эффективность лечения [3].

Цель работы – изучение эффективности применения методов мануальной медицины и лечебных физических упражнений в комплексной этапной реабилитации пациентов при состояниях дизадаптации с преобладанием астенических нарушений.

Материалы и методы. Изучена эффективность комплексных лечебно-реабилитационных мероприятий с применением мануальной терапии и лечебной физкультуры у 113 человек (67 мужчин, 46 женщин, средний возраст – $38,59 \pm 11,26$), с астеническими расстройствами, возникшими при хронической психотравмирующей ситуации. Все испытуемые проходили лечение в условиях стационара с дифференцированными режимами клиники пограничной психиатрии и включались в исследование после получения информированного согласия. Не смотря на относительное диагностическое разнообразие, у всех включенных в исследование пациентов, доминировали астенические расстройства, синдромально характеризующиеся астено-вегетативным, тревожно-астеническим или астено-депрессивным состоянием. В соответствии с МКБ 10 диагностировано: расстройство приспособительных реакций (F 43.2); соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы (F 45.3); неврастения (F 48.0). При обследовании у всех пациентов была выявлена хроническая патология опорно-двигательной системы (рис. 1).

* Пятигорский ГНИИ

* Каф. нелекарственных методов лечения и клинической физиологии ФДПОП, ММА им. И.М.Сеченова, Москва

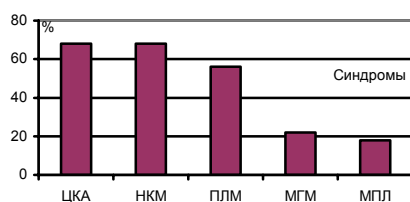


Рис. 1. Распространенность нарушений опорно-двигательной системы у пациентов с преобладающими астеническими расстройствами
Примечание: ЦКА – цервико-краниалгия, НКМ – нижней косой мышцы головы, ПЛМ – передней лестничной мышцы, МГМ – компрессионные корешковые, МПЛ – малой грудной мышцы, МПЛ – мышцы поднимающей лопатку

Пациенты были разделены на три сопоставимые группы, одна из которых (40 чел.) проходила комплексную реабилитацию (включающую фармакотерапию, психотерапию, физиотерапию) с применением мануальной терапии и лечебной физкультуры, другая (44 чел.) – только мануальной терапии. В качестве контрольной группы изучено 29 чел., получавших, в соответствии с клиническими показаниями, стандартное комплексное лечение в виде фармакотерапии, психотерапии и физиотерапии.

Лечебно-реабилитационные мероприятия проходили поэтапно [7]. На начальном, консультативном этапе все пациенты проходили инструментальное и физикальное обследование для выявления соматических заболеваний, способствующих формированию астенической патологии. Определялось актуальное эмоциональное состояние, формировался психотерапевтический контакт. Затем следовали этапы клинической терапии, восстановительной терапии и реадaptации (рис.2), в ходе которых пациентам, в соответствии с индивидуальной клинической картиной, проводилась фармакотерапия, физиотерапия, индивидуальная и групповая психотерапия, а также, в соответствии с группой исследования, мануальная терапия (вариант мягкотканной мобилизационной техники) и лечебная физкультура (индивидуально подобранные, адекватные функциональному состоянию больного упражнения). Этапы реабилитации при расстройствах адаптации с преобладанием астенических нарушений: консультативный → клинической терапии → восстановительной терапии → реадaptации. Для изучения эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий применялись следующие методики: метод цветных выборов [4], опросник качества жизни SF-36 [8], субъективная шкала оценки астении – СШОА [9], визуально-аналоговая шкала астении (ВАШ).

Результаты. Наличие опорно-двигательных нарушений, локализованных в области шейного и грудного отделов позвоночника, вносило существенные особенности в клиническую картину, поскольку определяло наличие жалоб на «чувство тяжести» и болевые ощущения в спине, парестезии, ощущение дискомфорта и напряжения в плече-лопаточной и шейной зонах, ощущение «застывания» в шее и затылке и др. Пациенты отмечали повышенную утомляемость при необходимости удержания принятой позы, а также – головные боли, связанные с напряжением мышц шеи. Применение мануально-терапевтических манипуляций в комплексном лечебно-восстановительном процессе и терапевтическая редукция опорно-двигательных нарушений (Рис.2), способствовали снижению актуальности сомато-вегетативного компонента астенического синдрома и улучшению общего самочувствия. Большинство респондентов уже после первых сеансов мануальной терапии отмечали «снятие напряжения в теле», появление приятной расслабленности и свободы движений, «ощущение приятного тепла и ясности в голове».

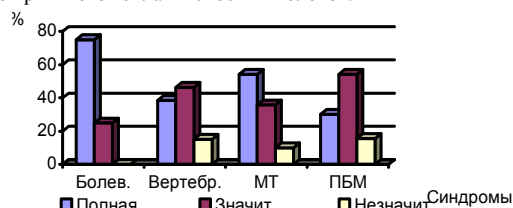


Рис. 2. Степень терапевтической редукции опорно-двигательных синдромов при мануальной терапии пациентов с астеническими расстройствами. Синдромы: Болев – болевые; Вертебр. – вертебральные; МТ – мышечно-тонические; ПБМ – патобиомеханические

Мануальная терапия расширила диапазон лечебно-реабилитационного воздействия и динамичность реабилитации. Клинико-психологическая оценка состояния пациентов в динамике мануальной терапии показала спад уровня тревожности и эмоциональной лабильности, рост активности и работоспособности. Характеристики вегетативного баланса имели тенденцию к смещению в сторону трофотропного тонуса (табл.1).

Таблица 1

Показатели теста МЦВ в динамике проведения сеансов мануальной терапии

Показатель	Перед началом МТ	После однократного применения МТ	После курса МТ
Вегетативный индекс	0,11 ± 0,15	-0,08 ± 0,16	-0,12 ± 0,14
Нестабильность выбора %	67,17 ± 22,11	56,26 ± 11,53	42,28 ± 16,81
Тревожность %	71,23 ± 24,45	45,32 ± 18,22	30,09 ± 15,48 *
Активность %	39,32 ± 17,21	40,49 ± 15,67	45,63 ± 14,19
Работоспособность %	43,52 ± 15,85	49,92 ± 13,57	69,19 ± 10,85 *

Примечание: Вегетативный индекс < 0 – трофотропный тонус, ≥ 0 – эрготропный тонус. * – достоверные различия (p<0,05) по сравнению с данными перед началом МТ

По результатам субъективной оценки пациентами самочувствия, полученной с применением ШСОА, в изученных группах выявлена неравнозначная реабилитационная динамика. Самооценка в группе комплексной реабилитации с применением мануальной терапии и лечебной физкультуры по окончании реабилитационного курса превышала соответствующие данные как в группе, получавшей процедуры мануальной терапии без применения лечебной физкультуры, так и в контрольной группе (рис.3.).

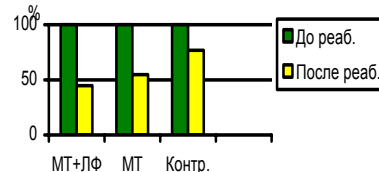


Рис.3. Терапевтическая динамика значений шкалы субъективной оценки астении в процентах к фоновым значениям

Пациенты существенно чаще, чем в контроле отмечали появление ощущения здоровья, повышение физических возможностей и активности, способности к концентрации на выполняемых задачах, появление удовольствия от повседневной деятельности и планов на будущее. Особенно существенное улучшение самочувствия отмечалось непосредственно после занятий лечебной гимнастикой. Обобщая клинические данные можно предположить, что применение мануальной терапии у данной группы пациентов способствовало уменьшению выраженности симптоматики нарушений опорно-двигательного аппарата и вегетативного дисбаланса, тогда как применение лечебных упражнений более заметно повышало настроение, уровень активности и способствовало формированию субъективного ощущения здоровья. Сходные результаты получены при оценке эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий с применением шкалы общего клинического впечатления (рис.4).

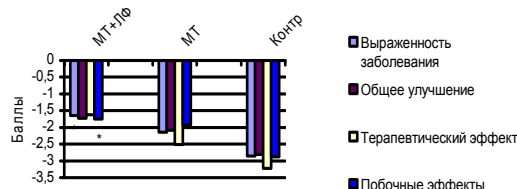


Рис.4. Эффективность комплексной реабилитации с применением мануальной терапии и лечебной физкультуры по данным Шкалы общего клинического впечатления. Примечание: * - достоверные различия (p<0,01) по сравнению с контролем.

В группе комплексной реабилитации с применением мануальной терапии и лечебной физкультуры такие параметры шкалы, как выраженность заболевания и побочные эффекты превосходили результаты контрольной группы, а параметры общего улучшения и терапевтического эффекта проявляли превосходство

на уровне тенденции. В группе, получавшей только мануальную терапию, параметры шкалы общего клинического впечатления не имели достоверных различий с контролем. Полученные с применением этой шкалы результаты отражали динамику клинической картины и соответствовали субъективной оценке эффективности реабилитации, полученным с применением ВАШ (рис.5).

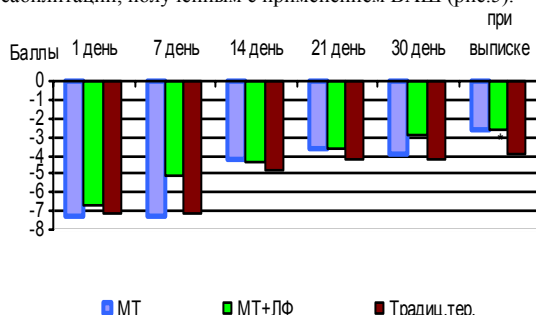


Рис. 5. Самооценка по ВАШ у пациентов с астеническими расстройствами в динамике комплексной этапной реабилитации. Примечание: * - достоверные различия ($p < 0,01$) по сравнению с контролем

Пациенты в группе с применением мануальной терапии и лечебной физкультуры отмечали большую активность и демонстрировали повышение самооценки. Намечавшиеся на этапе восстановительной терапии эти изменения и на этапе реадaptации демонстрировали положительную динамику, характеризующую позитивное отношение пациентов к лечебно-реабилитационному процессу. В группе, получавшей только мануальную терапию, динамика самооценки по ВАШ отличалась большей неустойчивостью, на начальных этапах приближалась к данным контроля. Такая динамика самооценки была связана с обострением болевой симптоматики, отмечавшейся у части больных на начальном этапе мануальной терапии. В контроле положительная динамика была менее выражена, достигая достоверной разницы с предва- рительными значениями лишь при выписке пациентов, а на этапе реадaptации – тенденция к снижению оценки своего состояния.

Важной характеристикой эффективности проведенных лечебно-реабилитационных мероприятий служит оценка изменения качества жизни пациентов. Применение опросника SF-36 позволило оценить реабилитационную динамику обобщенных характеристик психологического и физического компонентов здоровья у пациентов с астеническими расстройствами (рис.6). Сравнительная оценка показателей качества жизни в группе комплексной реабилитации показала более явное, чем в контроле, повышение как физического, так и психологического компонентов здоровья. Причем в группе комплексной реабилитации отмечена тенденция к усилению физического компонента здоровья, а в контроле зафиксирована тенденция к усилению психологического компонента здоровья.

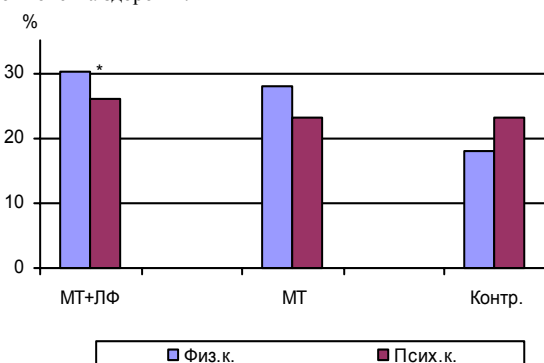


Рис. 6. Улучшение физического и психологического компонентов качества жизни по данным опросника SF-36 за период проведения лечебно-реабилитационных мероприятий. Примечание: * – достоверные различия ($p < 0,05$) по сравнению с контролем

Таким образом, полученные данные показывают, что при астенических состояниях существенное значение в клинической картине сомато-вегетативных нарушений может иметь патология опорно-двигательной системы, в частности - шейного и грудного отделов позвоночника. Применение методов мануальной меди-

цины в комплексном восстановительном лечении астенических расстройств способствует устранению сомато-вегетативного дисбаланса и росту эффективности восстановительных мероприятий. Лечебные физические упражнения повышают уровень активности и самооценку пациентов, а также показатели качества жизни и не только увеличивают эффективность реабилитации, но и способствуют вторичной профилактике нарушений адаптации.

Литература

1. Веселовский В.П. Практическая неврология и мануальная терапия. – Рига, 1991. – С. 7–16.
2. Лобзин В. // Ж. невропат. и психиатр. – 1989. – №11 – С. 7.
3. Положий Б.С. // Обзорение психиатрии и мед. психологии им. В.М. Бехтерева. – № 4. – 1993. – С. 6–11.
4. Собчик Л.Н. Метод цветных выборов, Модиф. цветовой тест Люшера: Метод. рук.-во. – М., 1990. – с. 88.
5. Фролов В.А., Кошелев В.В. // 7-я гор. конф. «Мед. реабилитация больных с патологией опорно-двигательной и нервной систем». – М., 2006. – С. 50–52
6. Кошелев В.В., Собчик Е.Ю. // Тез. докл. XIV Съезда психиатров России. – М., 2005. – С. 61.
7. Подрезов В.П. и др. Организация лечебно-реабилитационных мероприятий при расстройствах адаптации с преобладанием астенических нарушений.
8. Smets E.M. et al. // J Psychosom Res. – England, 1995. – Vol.39 (3). – P. 315–325.
9. Ware J.E. et al. SF-36 Health Survey. Manual and interpretation guide // The Health Institute, New England Medical Center. Boston, Mass. – 1993.

УДК:612.13-617.75

РОЛЬ НАРУШЕНИЙ ГЕМОДИНАМИКИ И БИОЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ЗРИТЕЛЬНОГО АНАЛИЗАТОРА В ПАТОГЕНЕЗЕ ЧАСТИЧНОЙ АТРОФИИ ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА

А.Ю. РУБАЕВ*, Л.Г. ХЕТАГУРОВА*, Б.Х. ХАЦУКОВ**

Расширение представлений о патогенезе частичной атрофии зрительного нерва (ЧАЗН) – распространенного нарушения функций зрительного анализатора, разработка эффективных методов его лечения, основанных на знании патогенеза, являются одной из важнейших задач офтальмологии. ЧАЗН встречается от 15% до 30% всех заболеваний зрительного анализатора и приводит при отсутствии лечения к прогрессированию заболевания и к серьезным необратимым изменениям, значительной потере зрения, к ухудшению работоспособности, изменению характерологических черт личности, развитию чувства неполноценности.

В офтальмологической литературе содержатся указания на роль генетических, экологических и социальных факторов в этиопатогенезе ЧАЗН, но не уделяется достаточного внимания общему состоянию организма, сопутствующим соматическим изменениям, в основном, сосудистого характера. При наличии сведений о существенной отрицательной роли снижения кровоснабжения и снабжения кислородом заднего отрезка зрительного анализатора в изменении функций зрительного нерва, отсутствуют данные о кровоснабжении и обеспечении кислородом корковых представительств зрительного анализатора, управляющих функцией его периферического звена и роли биоэлектрической активности различных долей коры головного мозга при ЧАЗН, что делает задачу восполнения имеющегося пробела в исследованиях механизмов развития атрофии зрительного нерва актуальной и в теоретическом, и в практическом отношении. В работах [1,8–9] изучены особенности кровоснабжения периферического отдела и биоэлектрическая активность зрительного анализатора при миопиях различной степени тяжести. Не менее значимой для медицинской практики является разработка эффективных методов и лечения ЧАЗН, основанных на новых знаниях механизмов ее патогенеза. Важность решения этой задачи для практической медицины несомненна не только из-за распространенности этой патологии, но и из-за тех серьезных последствий, к которым она приводит при отсутствии своевременного лечения.

* Северо-Осетинская ГМА, г. Владикавказ

** Институт информатики и проблем регионального управления КБНЦ РАН, г. Нальчик, Россия