

болического гомеостаза и гемостаза. По результатам настоящего исследования эти нарушения в некоторой степени поддавались структурно-функциональной коррекции мелаксеном, что может служить рекомендацией для его клинической апробации с целью выявления эффективности применения для профилактики и лечения кардиопатического типа системного амилоидоза.

Литература

1. Автандилов, Г.Г. Основы количественной патологической анатомии / Г.Г.Автандилов. – М.: Медицина, 2002. – 240 с.
2. Анисимов, В.Н. Антиоксидантная роль эпителиального меланина. Геронтологические аспекты пептидной регуляции функций организма / В.Н.Анисимов, А.В.Арутюнов, В.Х. Хависон. – СПб.: Наука, 1996. – 15 с.
3. Мелатонин в физиологии и патологии желудочно-кишечного тракта / В.Н.Анисимов [и др.]. – М.: Советский спорт, 2000. – 184 с.
4. Анисимов, В.Н. Мелатонин и его место в современной медицине / В.Н.Анисимов // Русский медицинский журнал. – 2006. – № 4. – С. 269–273.
5. Заалишвили, Т.В. способы моделирования амилоидоза у экспериментальных животных / Т.В. Заалишвили, К.М. Козырев // Успехи современного естествознания. – 2005. – № 2. – С. 78–79.
6. Закс, Т.В. Влияние меланина на патогистологические изменения внутренних органов при экспериментальном амилоидозе / Т.В.Закс, В.Б.Брин, К.М. Козырев // Владикавказский медико-биологический вестник. – 2010. – Т.Х. – С. 66–70.
7. Мелатонин в лечении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки / Н.К.Малиновская [и др.] // Клиническая медицина. – 2006. – №1. – С.5–11.
8. Мерденова, Л.А. Мелатонин – межклеточный нейроэндокринный регулятор жизнедеятельности организма / Л.А.Мерденова, З.Ю. Созаева, Л.Г. Хетагурова // Владикавказский медико-биологический вестник. – Том VIII. – вып. 14. – 2008-2009. – С.34–40.
9. Теория и практика восстановительной медицины. (Монография) / А.А. Хадарцев [и др.]. – Т. I. – Тула-М., 2004. – С.160–164.
10. Anisimov V.N. The role of pineal gland in the breast cancer development / V.N. Anisimov // Crit. Rev. Oncol. Hematol. – 2003. – Vol.46. – №3. – P.221–234.
11. Melatonin as antioxidant, geroprotector and anticarcinogen. / V.N. Anisimov [et al.] // Biochim. Biophys. Acta – Bioenergetics. – 2006. – Vol. 1757. – № 5–6. – P. 573–589.
12. Arendt J. Melatonin: Characteristics, concerns, and prospects / J.Arendt // J.Biol. Rhythms. – 2005. – Vol.20. – №4. – P.291–303.
13. Effect of melatonin treatment on 24-h variations in responses to mitogens and lymphocyte subset populations in rat submaxillary lymph nodes / P.O. Castrillon [et al.] // Neuroendocrinol. – 2000. – Vol.12. – №8. – P.758–765.
14. Karsliogly, I. Radioprotective effects of melatonin on radiation-induced cataract / I. Karsliogly, M.V. Ertekin, S. Taysi // J. Radiat. Res. – 2005. – Vol. 46. – №2. – P. 277–282.
15. Krause, D.N. Melatonin receptors / D.N. Krause, M.L. Dubocovich // Annu. Rev. Pharmacol. Toxicol. – 1991. – Vol.31. – P.549–568.

PATHOPHYSIOLOGIC AND GISTOSTRUCTURAL EVALUATION OF THE MODEL OF THE EXPERIMENTAL AMYLOIDOSIS OF CARDIOPATHIC TYPE. THE INFLUENCE OF MELAXEN

T.V. ZAKS, V.B. BRIN, K.M. KOZYREV, N.V. SOKOLOVSKY

State budget Educational Institution "North-Osetian State Medical Academy of the Ministry of Health and social development of Russia" 362019, Vladikavkaz, Pushkinskaya St., 40

For the experimental prevention of systemic amyloidosis of the cardiopathic type model the authors for the first time used preparation "melaxen". It is likely that under its influence through the mechanisms of its action the decrease of structural-functional impairments of cardiomyocytes and the system of cardiovascular microcirculation was marked, the signs of reparative processes were revealed that can serve as recommendation for the clinical aprobaton of melaxen aimed to reveal efficacy of its use in this pathology.

On the positive results of the investigation the authors came to the conclusion that from the one hand melaxen having antioxidant and membranestabilizing action decreases impairment of cardiomyocytes, vessels endothelia and development of amyloid plasmic component that contributes to the regulation of thrombohemorrhagic balance

which is one of the main factors of hemostasis and homeostasis stabilization. From the other hand limiting the possibility of macrophagial-endothelial system cells and lymphoid tissue transformation into amyloidoblasts melaxen influences suppressively on amyloidogenesis that decreases the intensity of accumulation of fibrillar proteins of amyloid in the cardiovascular system.

Key words: cardiopathic amyloidosis, experimental prevention, melaxen.

УДК 616.211-002.193

СПИРОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

С.К.ИСМАИЛОВА, Э.К.МИНКАЙЛОВ, К.М.О.МИНКАЙЛОВ*

В диагностике бронхиальной астмы как с сальбутамолом сульфатом, так и с беродуалом ингаляционные тесты имеют равноценное значение, что важно при выборе диагностической программы. Вместе с тем, положительный ингаляционный тест может быть при нормальной спирограмме, что указывает на наличие скрытого бронхоспазма, что также важно в практической работе. Нормальная исходная спирограмма не исключает наличие скрытого бронхоспазма и бронхиальной астмы.

Ключевые слова: бронхиальная астма, хроническая обструктивная болезнь легких, диагностика, ингаляционные тесты.

Обязательным условием постановки диагноза хронических обструктивных заболеваний легких, таких как *бронхиальная астма* (БА) и *хроническая обструктивная болезнь легких* (ХОБЛ) является запись спирограммы с оценкой скоростных показателей (ФЖЕЛ, ОФВ₁, МОС_{25,50,75}, ПОС). В целях установления обратимости бронхиальной обструкции также предполагается бронхолитическое тестирование [5,6], которое, кроме того, позволяет подобрать лечение в соответствии с нарушенным патогенетическим механизмом [9].

Спирометрия предназначена для измерения легочных объемов при различных дыхательных маневрах, как спокойных, так и форсированных. Рекомендуется её проведение при наличии у больного респираторных симптомов. Но вместе с этим, как отмечают некоторые авторы [12], спирометрия для диагностики ХОБЛ проводится врачами только в 58,1% случаев у мужчин и в 36,3% – у женщин. Бронхолитические тесты выполняются и того реже. Важным диагностическим критерием БА служит значительный прирост ОФВ₁ более чем на 12% от исходного показателя [1,3,7,11].

Вместе с тем, некоторые авторы считают, что при оценке тяжести больных ХОБЛ возможности ОФВ₁ ограничены (13).

Жизненная ёмкость легких (ЖЕЛ) традиционно считается как показатель статический, не меняющийся и характеризующий вентиляционные нарушения рестриктивного, ограничительного типа. В то же время, ранее, известный исследователь по функциональной диагностике Магазаник Н.А. [2] показал, что ЖЕЛ меняется с изменением БП и может быть использована в диагностике обструкции бронхов. Нами на практике отмечен достоверный прирост только этого показателя у некоторых пациентов с начальными проявлениями БА, в то время как ОФВ₁ существенно не менялся. Учитывая эти данные, мы решили выявить, в какой степени ЖЕЛ меняется на фоне двух разных ингаляционных тестов.

Были поставлены следующие задачи:

– выявить какая из двух дилатационных проб (с сальбутамолом и беродуалом) более информативна в выявлении раннего бронхоспазма (БС);

– установить наличие корреляционной связи между исходным ОФВ₁ и его приростом на фоне двух указанных ингаляционных проб;

– установить в какой степени зависимы ЖЕЛ и индекс Тиффно-Вотчала от обструктивных нарушений вентиляции.

С этой целью анализу подвергнуты спирографические показатели 159 пациентов, из которых 141 страдали кашлевым вариантом БА и 18 – больные, у которых имелось сочетание БА с ХОБЛ (табл.1).

Спирограммы записывались до и через 20 минут после пробы с сальбутамолом сульфатом (С) и через 30 минут после пробы с беродуалом (Б). С пациенты получали в дозе 600 мкг на пробу. Б ингалировали в следующей дозировке его составляю-

* Дагестанская государственная медицинская академия, пл. Ленина,1, г. Махачкала, Республика Дагестан, 367000

щих: ипратропиум бромид 120 мкг и фенотерол гидробромид – 300 мкг. Обе пробы выполнялись по общепринятым правилам и стандартам [4,8]. Дилатационные тесты считали положительными в случае прироста показателя ОФВ₁ к исходной на 12% при одновременном его абсолютном приросте не менее 200 мл [3,9]. Кроме того для установления роли ЖЕЛ и индекса Тиффно в оценке обструктивных нарушений, обработке подвергнуты эти показатели до и после ингаляционных тестов и процент прироста при каждой из проведенных проб.

Таблица 1

Распределение пациентов в зависимости от диагноза, пола и проведенных ингаляционных проб (абс.число и %)

Диагноз	Проба с Б			Проба с С		
	Мужчины	Женщины	Всего	Мужчины	Женщины	Всего
БА кашлевой вариант	26 (35,1)	48 (64,9)	74 (89,1)	24	43	67 (88,1)
БА в сочетании с ХОБЛ	9 (100)	-	9 (10,9)	9	-	9 (11,9)
	35 (42,2)	48 (57,8)	83 (100)	33 (43,4)	43 (56,6)	76 (100)

Из табл. 1. видно, что ингаляционная проба с Б выполнена 83 больным (1 группа), с С – 76 пациентам (2 группа). В 1 группе 35 человек (42,2%) было мужчин, 9 из которых имели сочетание БА с ХОБЛ, 48 (57,8%) – женщин. Во 2 группе исследованных мужчин составило 33 из 76 (43,4%), из которых так же 9 человек имели сочетания БА с ХОБЛ, женщин 43 (56,6%). Всем исследованным диагноз БА ставился нами впервые. Пациенты с сочетанной формой составляли лица мужского пола, имевшие длительный анамнез курения (от 10 до 40 пачка/лет) и одышку при ходьбе в прошлом. Эти лица до появления приступов БА имели П стадию ХОБЛ. У них же чаще, выявлялись в анамнезе эпизоды аллергического заболевания или отягощенный по БА семейный анамнез и на определенном этапе присоединялись приступы удушья, надсадный кашель, периодическое посвистывание и дискомфорт в груди. Этой группе больных диагноз БА нами был выставлен так же впервые.

В группу пациентов с кашлевым вариантом БА были включены лица предъявлявшие жалобы на ночной или утренний, надсадный, малопродуктивный кашель, который нередко сопровождался чувством нехватки воздуха, имевшие в анамнезе периодическое посвистывание, дискомфорт в грудной клетке, одышка при физической нагрузке. Все эти лица диагноза БА в прошлом не имели, по поводу эпизодической «простуды» получали антибиотики, отхаркивающие препараты, как правило, без какого – либо эффекта.

Средний возраст больных у лиц 1 группы составил 40,4±1,6 лет, 2 группы – 42,2±1,8 лет.

Исходные данные ОФВ₁ по степени выраженности обструкции представлены в табл. 2.

Таблица 2

Степень нарушения бронхиальной проходимости в обеих группах исследованных в зависимости от пола

Исходный % ОФВ ₁ к должной	1 группа			2 группа		
	М n=35	Ж n=48	Всего n=83	М n=33	Ж n=43	Всего n=76
>80	17 (48,5)	24 (50)	41 (49,4)	12 (36,4)	17 (39,5)	29 (38,1)
80-50	4 (11,4)	16 (33,3)	20 (24,1)	9 (27,3)	23 (53,5)	32 (42,2)
49-30	8 (22,8)	6 (12,5)	14 (16,9)	10 (30,3)	3 (7)	13 (17,1)
<30	6 (17,1)	2 (4,2)	8 (9,6)	2 (6,1)	--	2 (2,6)

Таблица 3

Изменение ОФВ₁ до и после ингаляционных проб в двух группах исследованных в % к должной (M±m)

Показатель	1 группа	2 группа	1 группа		2 группа	
			М	Ж	М	Ж
До пробы	74,1±2,8	75,0±2,2	68,7±5,6	75,1±3,2	74,2±4,8	74,1±2,5
После пробы	80,5±2,5	81,4±2,0	78,4±4,9	81,6±2,8	81,4±4,2	81,5±2,2
T=	-8,73	-5,4	-2,5	-6,8	-3,9	-7,5
P=	0,000	0,000	0,016	0,000	0,000	0,000

Примечание: p – разница до и после ингаляционной пробы

Исходный ОФВ₁ был нормальным в 49,4±5,5% случаев в 1 группе и несколько реже во 2 группе (38,1%), но разница не

была значимой (p>0,05). Тяжелая степень обструкции бронхов у мужчин в 1 группе отмечена у 6 из 35 (17,1%), тогда как у женщин наблюдались всего в 2 случаях (4,2%). Подобные изменения проходимости бронхов наблюдались в основном у курящих мужчин с сочетанием БА и ХОБЛ.

При нормальных исходных показателях ОФВ₁ положительная проба с С зарегистрирована у 5 из 29 исследованных (17,2%) и с Б только у 2 и 41 человек (4,9%), при этом только у женщин. Б проба была положительной при нормальной исходной спирограмме у женщин в 8,3% случаях, С – в 23,5% случаях. Последнее подчеркивает, что у женщин дисфункция β-2 адренорецепторов более выражена. Существенный прирост только ЖЕЛ возник в 14% случаев при пробе с Б и только в 3,8% случаев – с С. Кроме того одновременный выраженный прирост и ОФВ₁ и ЖЕЛ возник в 22,4% случаев в 1 группе и в 17,9% – во 2-й.

Данные о корреляционной зависимости процента прироста ОФВ₁ от его исходного уровня представлены в табл. 4.

Таблица 4

Коэффициент корреляции (r) между исходным показателем ОФВ₁ и процентом его прироста после пробы у больных двух групп

Показатель	1 группа	2 группа	1 группа		2 группа	
			М	Ж	М	Ж
r=	-0,719	-0,576	-0,672	-0,765	-0,678	-0,616
t=	-6,65	-5,4	-5,222	-8,078	-4,329	-5,014
p=	0	0	0	0	0	0

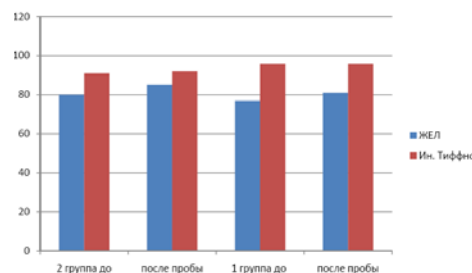


Рис. Изменение ЖЕЛ и индекса Тиффно-Вотчала (ОФВ₁/ЖЕЛ к должной) до и после ингаляционных проб у пациентов 1 и 2 групп

Как видно из табл. 4, в обеих группах больных выявлена достоверная отрицательная корреляционная связь между исходным показателем ОФВ₁ и процентом прироста после ингаляции как Б, так и С. Чем ниже исходный уровень ОФВ₁, тем выше реакция бронхов на бронходилататор. Коэффициент корреляции в 1 группе составил -0,719 (p=0), во 2-й -0,576 (p=0). В зависимости от пола существенной разницы не выявлено, но при этом процент прироста на С был несколько выше, что указывает на более выраженную гиперреактивность бронхов у них.

Как представлено на рис. Исходные цифры ЖЕЛ у больных 1 группы были несколько снижены по отношению к нормативам и составляли 77,45±1,82% от должной. После пробы с ингаляцией Б возник статистически значимый сдвиг и составил 81,95±1,9% (t = -5,518; p=0,000). Такой же существенный сдвиг ЖЕЛ возник и после ингаляционной пробы с С (79,66±2,09% до, 84,99±1,77%, p=0,000). Индекс Тиффно-Вотчала не имел существенного прироста как в 1, так и во 2 группе (р соответственно 0,175 и 0,057).

Итак, наши исследования показали, что при выявлении скрытого БС, наряду с ОФВ₁, существенный прирост на ингаляционную пробу возникает и со стороны ЖЕЛ, подчеркивая её связь, как с рестриктивными, так и с обструктивными нарушениями вентиляции. Кроме того, наши данные показали, что положительные результаты пробы могут быть в отдельных случаях только со стороны ЖЕЛ, что важно при ранней диагностике БА. Проведенные исследования подчеркивают, что β-2 адренорецепторы более подвержены дисфункции у женщин, тогда как преимущественная гиперреактивность холинергической системы наблюдается у лиц мужского пола. Отсутствие достоверной разницы индекса Тиффно-Вотчала после ингаляционной пробы мы объясняем более выраженным приростом ЖЕЛ, чем ОФВ₁ ибо данный индекс составляет процентное соотношение ОФВ₁ к ЖЕЛ.

Выводы:

1. В диагностике БА как С, так и Б ингаляционные тесты имеют равноценное значение, что важно при выборе диагностической программы. Вместе с тем, положительный ингаляционный

тест может быть при нормальной спирограмме, что указывает на наличие скрытого БС, что также важно в практической работе. Нормальная исходная спирограмма не исключает наличие скрытого БС и БА.

2. На практике в ряде случаев у больных БА на ранних этапах клинического проявления (кашлевой вариант) имеет место достоверный прирост только ЖЕЛ при отсутствии реакции со стороны ОФВ₁, что важно при оценке результатов пробы.

3. Индекс Тиффно–Вотчала, после ингаляционных проб не имеет диагностического значения

Литература

1. Княжевская, Н.П. Бронхиальная астма: сложности диагностики / Н.П. Княжевская // Атмосфера. Пульмонология и аллергология. – 2011. – № 1(40). – С. 30–32.
2. Магазаник, Н.А. Клинико – фармакологический анализ бронхиальной обструкции. Автор. дис...д.м.н./ Н.А. Магазаник. – М., 1979.
3. Малышевский, М.В. Руководство по факультетской терапии / М.В. Малышевский, В.А. Жмуров, Э.А. Кошуба. – М., 2003. – С. 69–73
4. Стандартизация легочных функциональных тестов / Европейское сообщество стали и угля. Люксембург, 1993. Пульмонология 1993; прилож. 92.
5. Чернов, А.В. Бронходилатационный тест / А.В. Чернов // Атмосфера Пульмонология и аллергология. – 2008. – №4(31). – С.10–11.
6. Этапы исследования респираторной функции. Пособие для врачей / А.В. Черняк [и др.]. – М., 2005
7. Чикина, С.Ю. Спирометрия в повседневной врачебной практике / С.Ю. Чикина, А.В. Черняк // Атмосфера. Пульмонология и аллергология. – 2007. – № 1(24). – С. 6–11.
8. Чучалин, А.Г. (ред.) Стандарты (протоколы) диагностики и лечения больных с неспецифическими болезнями органов дыхания / А.Г. Чучалин. – М.: Грантъ, 1999.
9. Ярцев, С.С. Графический анализ информативности ОФВ₁ при оценке бронходилатационного ответа у больных бронхиальной астмой / С.С. Ярцев // Пульмонология. – 2005. – №1. – С. 42–47.
10. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. // National Institutes of Health; National Heart, Lung and Blood Institute, updated 2003.
11. GINA-Global strategy for asthma management and prevention. Update. 2002, 2007, 2009. www. Ginasthma.org.
12. Miravittles M, de la Roza J., Montemayors T. et al. FI/ Chronic respiratory symptoms, spirometry and knowledge, of COPD among general population. // Resp. Med. 2006 V/100. P.1973–1980.
13. Relationship between pulmonary function and physical activity in daily life in patients with COPD / F. Pitta [et. al.] // Repir. Med. – 2008. – V. 102. – P.1203–1207.

THE SPIROMETRIC PARAMETERS IN EARLY DIAGNOSIS OF BRONCHIAL ASTHMA

S.K. ISMAILOVA, E.K. MINKAILOV, K.-M.O. MINKAILOV

Dagestan State Medical Academy

The inhalation tests of bronchial asthma with salbutamol sulfate and berodual are equal value in the choice of diagnostic program. The positive inhalation tests can be in the normal spirogram which does not exclude occult bronchospasms and bronchial asthma.

Key words: bronchial asthma, chronic obstructive pulmonary disease, diagnosis, inhalation tests.

УДК 616-009.12

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ МУЖЧИН С ПОЛОВЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Л.Г. АГАСАРОВ, М.В. САДОВСКИЙ*

Под наблюдением находилось 90 мужчин в возрасте до 50 лет с гипертонической болезнью 1-2 стадии, параллельно предъявляющих жалобы сексуального характера. В группе прослеживалась причинно-следственная связь между сосудистой и сексуальной патологией,

включая и психологические факторы. В ходе исследования отмечено, что современная разновидность рефлексотерапии (фармакопунктура) характеризуется устойчивым положительным влиянием на половую сферу данных лиц. Клинические результаты, подтвержденные данными объективного, в первую очередь, психологического обследования.

Ключевые слова: гипертоническая болезнь, астено-невротизация, половые дисфункции у мужчин, фармакопунктура

Проблематика коррекции половых расстройств, особенно при развернутой соматической патологии, отличается медицинским и социальным значением [1,3]. В свою очередь, здесь среди различных вариантов сексологического пособия выделяются отдельные разновидности рефлексотерапии, оказывающие положительное влияние как на соматический, так и психический статус пациентов [2]. С целью выявления перспектив использования данных подходов в сексопатологии и выполнена настоящая работа.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось 90 мужчин в возрасте от 28 до 50 лет с гипертонической болезнью 1-2 стадии, параллельно предъявляющих жалобы сексуального характера. В данной группе, отобранной более чем из 200 больных, прослеживалась причинно-следственная связь между сосудистой и сексуальной патологией. В частности, установлена эскалация дисфункций по мере утяжеления течения основного процесса и расширения объема лекарственной гипотензивной терапии. Длительность течения гипертонической болезни колебалась от одного года до более 10 лет, преимущественно (в 57%) – от 1 до 5 лет. При этом 1 и 2 стадии процесса отмечались примерно в равном соотношении. Однако на момент обследования у большинства мужчин отмечалась стабилизация основного процесса, с переносом внимания на состояние половой сферы.

Наряду с общеклиническим, проводили стандартное сексологическое обследование [4]. При этом в диапазоне от 0 до 4 (оптимум) баллов оценивали уровень половой деятельности. В ходе клинко-психологического анализа применяли анкетные методики «многостороннего исследования личности» (МИЛ) и «самочувствия - активности - настроения» (САН). Автоматическую регистрацию линейной средней скорости потока крови и объема кровотока в подчревных артериях – основных приносящих сосудах малого таза, проводили на аппарате SAL-50A фирмы TOSHIBA (Япония). Для оценки линейной скорости в дорзальных артериях полового члена использовали прибор Versaton (США).

Обследуемые были разделены на три лечебные группы: две основные и одну – сравнения, каждая из 30 человек. В основных группах базисным явился гомеопатический препарат *Тестис композитум* (Хеель, Германия), разрешенный к медицинскому применению. В 1 группе препарат вводили внутримышечно, во 2 – в точки рефлексотерапии, т.е., методом фармакопунктуры. И в том, и в другом случае использовали по 2,2 мл раствора (одна ампула) на процедуру. В случае фармакопунктуры препарат инъецировали в 4-6 точек в зонах метамерного отражения гениталий: надлобковой и пояснично-крестцовой области, а также на внутренней поверхности голени и стоп.

В 3 группе сравнения проводили фармакопунктуру физиологическим раствором в указанные выше зоны. Данный подход недостаточно рассматривать как плацебо-терапию; в принципе он является вариантом пролонгированного раздражения точек. Независимо от способа инъекции и применяемого средства, курс лечения состоял из 10 процедур, проводимых 3 раза в неделю.

При анализе результативности лечения под «значительным улучшением» подразумевали положительную динамику как субъективных, так и объективных показателей, «улучшением» – только субъективных характеристик. Выделяли также позиции «без эффекта» и «ухудшение». Исследования проводили в динамике, с компьютерно-статистической обработкой данных по t-критерию Стьюдента.

Результаты и их обсуждение. Установлено, что переплетающиеся между собой патологические факторы, – астенизация, сосудистые реакции и негативное влияние на половую сферу гипотензивных средств обуславливают своеобразие половых нарушений при гипертонической болезни. Дополнительно к этому, характерная (у 52% мужчин) слабость половой конституции, сочетающаяся со снижением андрогенной насыщенности, выступает фактором предрасположения к дисфункциям.

При этом в 12 (13%) наблюдениях клиническая картина соответствовала стандартным представлениям о вовлечении сексуальной сферы в картину основного заболевания [4]. Выделение данной, по сути, психогенной формы дисфункции является отчасти условным, однако в пользу этого свидетельствовала развернутая

* ФГБУ РНЦ «Медицинская реабилитация и курортология» Минздрава РФ, Борисоглебский переулок, 9, г. Москва, 121069